

# SOCIALIZACIÓN PROFESIONAL DEL ENFERMERO PENITENCIARIO

SU REALIDAD EN UN CONTEXTO ÚNICO

TRABAJO DE FINAL DE MASTER  
INTERVENCIONES SOCIALES Y EDUCATIVAS  
TUTORA: Dra. MARTA SABARIEGO PUIG  
ALUMNA: MONTSERRAT SÁNCHEZ ROIG  
CURSO 2015-2016



---

Universitat de Barcelona

## ÍNDICE

---

<b>RESUMEN</b>	<b>4</b>
<b>1. JUSTIFICACIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA</b>	<b>5</b>
<b>2. CRITERIOS DE JUSTIFICACIÓN DEL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE ESTUDIO</b>	<b>8</b>
<b>3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>8</b>
<b>4. MARCO TEÓRICO</b>	<b>9</b>
4.1. ENFERMERO PENITENCIARIO: PERFIL Y FORMACIÓN COMPETENCIAL	9
4.2. ENFERMERÍA Y CONTEXTO PENITENCIARIO	14
4.3. LA SOCIALIZACIÓN PROFESIONAL DEL ENFERMERO PENITENCIARIO: APROXIMACIÓN CONCEPTUAL	18
4.4. PROFESIONALES ENFERMEROS REFLEXIVOS EN SU PRÁCTICA	24
<b>5. MARCO METODOLÓGICO</b>	<b>26</b>
5.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	27
5.1.1. PRIMERA ETAPA: MÉTODO POR ENCUESTA	28
5.1.2. SEGUNDA ETAPA: MÉTODO COMPRENSIVO DESDE UNA PERSPECTIVA ETNOMETODOLÓGICA	41
5.2. ÉTICA Y RIGOR CIENTÍFICO	51
<b>6. RESULTADOS OBTENIDOS</b>	<b>53</b>
6.1. PERFIL PROFESIONAL DEL ENFERMERO PENITENCIARIO	54
6.2. COMPETENCIAS DEL ENFERMERO PENITENCIARIO	71
6.3. VIVENCIAS Y EXPERIENCIAS DEL ENFERMERO EN EL CONTEXTO PENITENCIARIO	82
<b>7. CONCLUSIONES</b>	<b>94</b>
<b>8. LÍMITES Y PROSPECTIVA DEL TRABAJO</b>	<b>98</b>
<b>9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>99</b>
<b>10. ANNEXOS</b>	<b>104</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

---

Tabla 1: Preguntas de investigación.....	7
Tabla 2: Competencias de la enfermería penitenciaria de Cataluña .....	13
Tabla 3: Tipología de estilos enfermeros penitenciarios .....	24
Tabla 4: Etapas del proceso de investigación por encuesta.....	29
Tabla 5: Fuentes bibliográficas consultadas para la recogida de información necesaria..	30
Tabla 6: Dimensiones de la investigación.....	31
Tabla 7: Tabla de especificaciones del cuestionario. ....	34
Tabla 8: Relación de enfermeros que trabajan en los EAPP de Cataluña.....	35
Tabla 9: Distribución de los enfermeros participantes por centros penitenciarios.....	37
Tabla 10: Porcentajes de los intervalos de años de experiencia en los centros penitenciarios como enfermero.....	38
Tabla 11: Relación de áreas formativas de postgrado y master de los enfermeros penitenciarios. ....	40
Tabla 12: Caracterización de la muestra de estudio. ....	40
Tabla 13: Ocupación del enfermero en prisión según las experiencias previas en otros ámbitos de la salud. ....	60
Tabla 14: Relación profesional del enfermero con la figura del funcionario. ....	66
Tabla 15: Ética de la práctica enfermera en prisión.....	74

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

---

Gráfico 1: Porcentaje de centros penitenciarios en los que ha trabajado un enfermero. ....	38
Gráfico 2: Relación de la experiencia laboral en otros ámbitos de la salud, además del penitenciario.....	39
Gráfico 3: Rol profesional del enfermero penitenciario. ....	55
Gráfico 4: La presencia del funcionario en la atención enfermera al paciente. ....	68
Gráfico 5: Habilidades que desarrolla el enfermero para trabajar en equipo con el funcionario.....	73
Gráfico 6: Conocimientos específicos del enfermero penitenciario. ....	76

## ÍNDICE DE FIGURAS

---

<b>Figura 1: Dimensiones de la competencia enfermera .....</b>	<b>12</b>
<b>Figura 2: Agentes sociales del centro penitenciario. ....</b>	<b>17</b>
<b>Figura 3: Dimensiones del proceso de socialización del estudiante y el profesional .....</b>	<b>18</b>
<b>Figura 4: Definiciones del proceso de socialización profesional .....</b>	<b>19</b>
<b>Figura 5: Grafismo de la socialización del enfermero .....</b>	<b>23</b>
<b>Figura 6: Diseño de la investigación. ....</b>	<b>28</b>
<b>Figura 7: Ciclo de muestreo .....</b>	<b>35</b>
<b>Figura 8: Tipología de mirada hacia el paciente-recluso del enfermero penitenciario. ....</b>	<b>63</b>
<b>Figura 9: Perfil profesional del enfermero penitenciario.....</b>	<b>70</b>
<b>Figura 10: Habilidades comunicativas y sociales del enfermero penitenciario .....</b>	<b>72</b>
<b>Figura 11: Competencias transversales del enfermero penitenciario.....</b>	<b>79</b>
<b>Figura 12: Competencias del enfermero penitenciario. ....</b>	<b>82</b>
<b>Figura 13: Perspectiva etnometodológica de la socialización profesional del enfermero penitenciario.....</b>	<b>94</b>

## **RESUMEN**

---

La enfermería penitenciaria es una área de la disciplina enfermera que se desarrolla en un contexto único, complejo y coercitivo, la prisión. Para desarrollar sus funciones profesionales se requiere de individuos capaces y formados en conocimientos, habilidades, actitudes y valores específicos para atender a la población reclusa. Estos pacientes confinados en la prisión tienen unas necesidades de salud características, además de estar sometidos al proceso de prisionización, por el hecho de estar internados en un sistema social en el que participan e interaccionan con diferentes actores (personal de seguridad, de tratamiento y sanitarios).

El enfermero durante su formación universitaria realiza un proceso de socialización profesional adquiriendo los conocimientos, habilidades, actitudes y valores necesarios para desempeñar sus competencias profesionales en la atención a la salud del individuo, familia y/o comunidad. Para este contexto específico, la formación universitaria del Título de Grado de Enfermería no contempla las competencias específicas de la enfermería penitenciaria, así como la carencia de la socialización profesional en este contexto. Esto comporta lagunas en los conocimientos, habilidades, actitudes y valores concretos para atender esta población. En este estudio nos acercaremos a este profesional para explorar su realidad y sus experiencias en el medio penitenciario y comprender su socialización profesional en este contexto único.

**PALABRAS CLAVE:** Enfermería, socialización profesional, socialización organizacional, competencias profesionales, prisión, recluso.

## 1. JUSTIFICACIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

---

El contexto penitenciario es un contexto único, diferente a cualquier otro. Se trata de un contexto muy coercitivo (Castillo, 2012). El enfermero que desarrolla sus funciones en el medio penitenciario se sumerge en la cultura del contexto e interactúa con sus actores. Según la *American Nurses Association* (ANA, 2013): la enfermería de correccional es una especialidad única. Es un combinado de salud pública, salud comunitaria, salud ocupacional, atención ambulatoria, medicina de urgencias y escuela de enfermería. La ANA refiere que la actividad que desarrollan los enfermeros que trabajan en los centros penitenciarios consiste en cuidar personas complejas o con múltiples problemas de salud.

La situación actual contempla diferentes aspectos en relación a los profesionales enfermeros que desarrollan su actividad en los centros penitenciarios catalanes. Por un lado, contamos con un colectivo o grupo de enfermeros homogéneo, el cual es un grupo de profesionales que a través de los años y de la experiencia, han ido adquiriendo los conocimientos habilidades y valores que configuran y simbolizan el hacer del enfermero en el medio penitenciario. Por otro lado, existe un grupo de enfermeros heterogéneo (personal eventual) con características curriculares y experiencia en relación al medio penitenciario muy diferentes. Algunos de ellos cuando se incorporan a los equipos sanitarios de los centros penitenciarios tienen formación de segundo ciclo, en las áreas de la enfermería con más demanda (urgencias, enfermería intensiva, atención primaria, etc.) pero en contrapartida con la falta de comprensión y significado de los factores de salud característicos de la población reclusa, al cual van destinados sus planes de cuidados, y paralelamente, un total desconocimiento de la cultura del contexto penitenciario. Otros enfermeros han tenido una primera aproximación al medio durante las prácticas de la Titulación de Grado de Enfermería que diferentes universidades ofertan en su plan de estudios como son: Universitat Ramon Llull, Fundació Universitària del Bages, Universitat de Lleida, durante el periodo de un mes (aproximadamente), pero que no tienen conocimientos ni formación en relación al: conocimiento del entorno, la tipología del paciente-recluso, saber interaccionar tanto con el paciente como con los diferentes colectivos que trabajan en un centro penitenciario, así como la reglamentación y normativa penitenciaria. Según Coll (2014) afirma que los enfermeros que trabajan en el medio penitenciario se ven obligados a afrontar un contexto diferente de la enfermería que los obliga a plantearse nuevos y complejos retos. Paralelamente, existen otros aspectos del profesional como: valores, creencias, miedos al propio miedo, etc. que pueden influir positiva o negativamente en una práctica diaria de calidad.

Los conocimientos, habilidades, creencias, valores, normas aprendidas por el enfermero durante su formación académica universitaria y la experiencia incorporada de otros contextos laborales relacionados con la enfermería (hospitalario, comunitario, emergencias, salud laboral, etc.) son elementos que construyen la socialización del profesional. Son ámbitos, entornos conocidos por el profesional ya que en algún momento de su formación académica mantuvo contacto para incorporar la simbología y significado de los actos, lenguaje, signos para interactuar con ellos, y formar parte de su socialización profesional. Sin embargo, la realidad actual de los estudios de la Titulación de Grado de Enfermería nada más contempla la formación generalista, limitando a conocimientos, habilidades y valores generales, sin que los nuevos graduados tengan la oportunidad, así como la institución penitenciaria, de contar con la formación específica y las competencias que se requieren para trabajar como enfermeros en los centros penitenciarios (Coll, 2014).

Otro aspecto destacado en relación a los enfermeros que trabajan en las prisiones catalanas, es que desde hace un año los equipos sanitarios que trabajan en estas prisiones se integraron en el Instituto Catalán de la Salud (ICS) (Decret 113/2010). Esta institución provee su servicio al Departamento de Salud, cuando anteriormente este personal sanitario estaba contratado por el Departamento de Justicia. Esta integración permitirá el trabajo en equipo y la coordinación entre los equipos de atención primaria (EAP) comunitarios y los equipos de atención primaria penitenciarios (EAPP) de un mismo territorio compartiendo formación continuada, grupos de trabajo transversales y relación de base territorial, facilitando la continuidad asistencial y el abordaje integral e integrado de la cronicidad. Los sistemas de información existentes en Atención Primaria (AP) y la Historia clínica compartida de Cataluña son claves en este seguimiento. También se compartirán herramientas de soporte a la toma de decisiones clínicas, que contribuyen al aumento de calidad y seguridad clínica. Entre otras están las guías de práctica clínica electrónicas, guías terapéuticas, sistemas de alerta en prescripción, etc. (Morral, 2015). Podemos argumentar que: “los sanitarios con los sanitarios deben estar”, es decir que los sanitarios deben depender del Departamento de Salud, pero como dicen Haley, Ferguson, Brewer & Hale (2009) y Coll (2014) para prestar una atención de salud de calidad en los centros penitenciarios, los profesionales precisan de una formación en conocimientos especializados, habilidades y toma de consciencia del medio que no son habituales en otros centros de salud.

Así pues, el conocimiento y la cultura que tenía el Departamento de Justicia para comprender que los enfermeros que interactúan en este medio, un medio con características singulares (cerrado, custodiado con sus normas, hábitos y valores) diferentes a las de un centro hospitalario, centro de atención primaria, centro sociosanitario, requiere del conocimiento de factores favorecedores de la

interacción social en este sistema complejo, la nueva institución debe aprender y contemplar la complejidad del contexto e incorporar profesionales formados y socializados en un contexto único.

En resumen, los diferentes factores expuestos anteriormente recogen que:

1. La actual situación del Título de Grado de Enfermería que ofrece una formación generalista para todos los titulados en enfermería con ciertas limitaciones educativas (conocimientos, habilidades y valores) para trabajar en medios tan singulares como es el penitenciario.
2. El abordaje del saber cuidar del enfermero desde el paradigma de la complejidad y la multidimensionalidad de las competencias profesionales.
3. Las diferentes situaciones experienciales y de niveles sociales y educativos de conocimientos, habilidades y valores de los enfermeros que trabajan en las prisiones catalanas.
4. La especificidad del contexto, donde diferentes autores lo describe como sistema social, contexto único, coercitivo, complejo.
5. La nueva institución (ICS) que gestiona la contratación de los enfermeros para las prisiones catalanas desconoce el medio penitenciario en materia de salud, pues su previsión de servicios está destinada a hospitales y centros de atención primaria.

Por consiguiente, para dar respuesta a este problema nos preguntamos:

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Qué actores participan de la socialización profesional del enfermero que trabaja en las prisiones catalanas?</li><li>• ¿Qué recursos personales y profesionales (conocimientos, habilidades, valores) debe adquirir el enfermero para socializarse en el contexto penitenciario?</li><li>• ¿Qué códigos, símbolos, lenguaje, significados se utilizan en el contexto penitenciario, que precisa conocer el enfermero para trabajar en este medio?</li><li>• ¿El enfermero necesita de un proceso de desimbolización a partir del que ha adquirido en su formación universitaria o en procedencias laborales diferentes al contexto penitenciario?</li><li>• ¿Si existe esta desimbolización, qué elementos interactúan en este proceso para construir una realidad profesional diferente a las experiencias y vivencias académicas y profesionales previas?</li></ul> |
|--|

**Tabla 1: Preguntas de investigación.**

En este trabajo nos referimos al profesional enfermero, indistintamente para ambos géneros. De igual manera, cuando nombremos recluso o interno incluiremos tanto al hombre como a la mujer que están privados de libertad ingresados en un centro penitenciario.



## **2. CRITERIOS DE JUSTIFICACIÓN DEL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE ESTUDIO**

---

La presente investigación responde a un conjunto de necesidades profesionales, educativas y sociales:

### **PROBLEMA REAL Y RELEVANTE**

Existe evidencia científica que constata que la competencia profesional es multidimensional y que la titulación generalista del enfermero no contempla específicamente el contexto penitenciario en su formación, así como su comprensión y conocimiento de la cultura penitenciaria.

### **PROBLEMA FACTIBLE Y RESOLUBLE**

La experiencia de otros países (como Canadá o EEUU) refuerzan que el conocimiento de la realidad de este profesional, así como de los factores de salud característicos de la población reclusa y el contexto facilitan la creación de planes formativos y orientadores para trabajar en el medio penitenciario.

### **PROBLEMA GENERADOR DE CONOCIMIENTO Y DE NUEVOS PROBLEMAS**

El abordaje del problema desde el paradigma de la complejidad e interdisciplinario provoca comprender la realidad desde una visión integral, integradora e integrada generando nuevos horizontes de conocimiento para el diseño de orientaciones e intervenciones pedagógicas, formativas y competenciales del enfermero penitenciario.

## **3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

---

Para dar respuesta al problema planteado, abordaremos esta investigación con los siguientes objetivos:

### **OBJETIVOS GENERALES**

1. Describir y comprender la socialización profesional del enfermero que trabaja en prisión.
2. Generar un modelo de socialización del enfermero de prisiones.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1.1. Identificar el perfil y las competencias que desarrolla el enfermero penitenciario necesarias para su socialización en este contexto.

- 1.2. Describir las competencias (conocimientos, habilidades y valores) que desarrolla el enfermero en el contexto penitenciario para socializarse en la institución.
- 1.3. Identificar los actores, símbolos, códigos, significados y lenguaje del contexto penitenciario (favorecedores y dificultosos) en la socialización profesional del enfermero penitenciario.
- 1.4. Interpretar las experiencias y vivencias del enfermero que desarrolla sus cuidados enfermeros en el contexto penitenciario.

#### **4. MARCO TEÓRICO**

---

##### **4.1 ENFERMERO PENITENCIARIO: PERFIL Y FORMACIÓN COMPETENCIAL**

La enfermería a lo largo de su historia ha ido adquiriendo diferentes conceptualizaciones entorno a su desarrollo y aplicación de cuidados en beneficio de la comunidad, ya fuere en ambientes comunitarios (guerras, desarrollos políticos,...), instituciones hospitalarias e instituciones penitenciarias, entre otras. Estas necesidades comunitarias han sido estudiadas y analizadas por diferentes organismos (universidades, colegios oficiales, consejos nacionales, etc.) para adaptarse a las necesidades sociales del momento, y al mismo tiempo, la enfermería ha ido obteniendo una identidad propia, definiendo y construyendo un marco teórico que avala a la enfermería como una disciplina científica (Hernández Conesa, 1995).

Es en 1977, cuando la enfermería alcanzó en España, por primera vez en su historia, el rango de estudio universitario a nivel de primer ciclo, ya que durante los S.XIX-XX se inicia una transformación de la práctica enfermera originada por la preocupación de los diferentes grupos sociales que observaban como las personas procedentes de los niveles sociales más bajos, continuaban ejerciendo como enfermeras o enfermeros, o como las órdenes religiosas se mantenían como únicos estándares de la enfermería más cualificada (García Martín-Caro & Martínez Martín, 2007). Desde entonces, la profesión enfermera ha experimentado profundos cambios en sus planteamientos epistemológicos, científicos y profesionales, elevando el nivel formativo de los profesionales de la enfermería, tanto en el ámbito asistencial como en el docente (Claret & García-Martínez, 2014).

Actualmente, la profesión enfermera está enmarcada en los estudios de Título de Grado de Enfermería definido en el Libro Blanco, adaptándose al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) con el propósito de ajustarse a los factores de cambio económicos, sociales, culturales, políticos, demográficos, sanitarios y tecnológicos, entendiendo desde la profesión enfermera cuáles son los valores, las necesidades y las expectativas cambiantes de la sociedad y formarse para poder proporcionar unos cuidados expertos y de óptima calidad. La demanda de la sociedad

se ve avalada por la necesidad de alcanzar el número de profesionales adecuado para garantizar una asistencia de calidad tanto de la población en general como de los cuidados a realizar a los pacientes de acuerdo con las recomendaciones de la OMS (Bernués & Peya, 2004).

Hay que destacar que los objetivos de esta titulación van encaminados a formar un profesional de la enfermería responsable de Cuidados Generales, tal como redacta el Libro Blanco:

*“En términos genéricos, se pretende que el título de grado de enfermería, forme enfermeras generalistas con preparación científica y humana y capacitación suficientes para valorar, identificar, actuar y evaluar las necesidades de salud y de cuidados de las personas sanas o enfermas de las familias y la comunidad. Los fenómenos que conciernen particularmente a las enfermeras son las respuestas a problemas de salud reales o potenciales de las personas, familias o grupos. Estas respuestas humanas abarcan de forma genérica, desde las necesidades de salud, hasta la recuperación de la enfermedad. Así pues, la función de la enfermera al cuidar de las personas sanas o enfermas, es la de evaluar sus respuestas a su estado de salud y de ayudarlas a la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su restablecimiento o a una muerte digna, ayudándoles si es posible, a recuperar lo más pronto posible su independencia. Dentro del entorno del sistema de salud, la enfermera comparte con otros profesionales sanitarios las funciones de planificación, organización, dirección y evaluación para garantizar un sistema de salud adecuado para el desarrollo de las potencialidades de las personas en distintas situaciones de su vida cotidiana, la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y los cuidados de las personas enfermas o incapacitadas”* (Bernués & Peya, 2004, p109).

Así pues, para alcanzar el objetivo teórico planteado desde el diseño del título de Grado de Enfermería, los estudios del título van encaminados a que los futuros titulados:

- “1. Adquieran conocimientos amplios de la ciencia enfermera, las ciencias de la salud, humanas y sociales y para dar respuesta a las necesidades y expectativas de las salud de las personas, familias, grupos y comunidad*
- 2. Desarrollen habilidades para la aplicación de procedimientos de los cuidados enfermeros y guías clínicas*
- 3. Desarrollen la capacidad de establecer relaciones positivas con las personas asignadas a su cuidado*
- 4. Utilicen la metodología científica en sus intervenciones*
- 5. Adquieran los instrumentos necesarios para desarrollar una actitud crítica y reflexiva”* (Bernués & Peya, 2004).

En el diseño educativo de estas líneas generales del cuidar enfermero para la adquisición de los conocimientos, habilidades y actitudes en el fenómeno del cuidar, no se debe dibujar desde la visión del paradigma de la simplicidad. Se debe apuntar y aportar que la enfermería se desarrolla inmerso en el paradigma de la complejidad (Estadella & López, 2003, citado por Roca, 2013). Esta

perspectiva promueve la identificación de la identidad profesional, una reconstrucción, una redefinición a partir de la autocrítica y de potenciar la capacidad propia para establecer prioridades (Roca, 2013). La formación debe partir de situaciones vividas para aprender a reflexionar sobre ellas en los diferentes dominios del conocimiento. Incentivar a los estudiantes a reflexionar sobre las diferentes situaciones de salud y las experiencias; estimular a plantearse críticamente lo que se está escuchando, observando, haciendo, ... es en definitiva una ayuda a descubrir y construir conocimiento; es aprender (Collière, 1993).

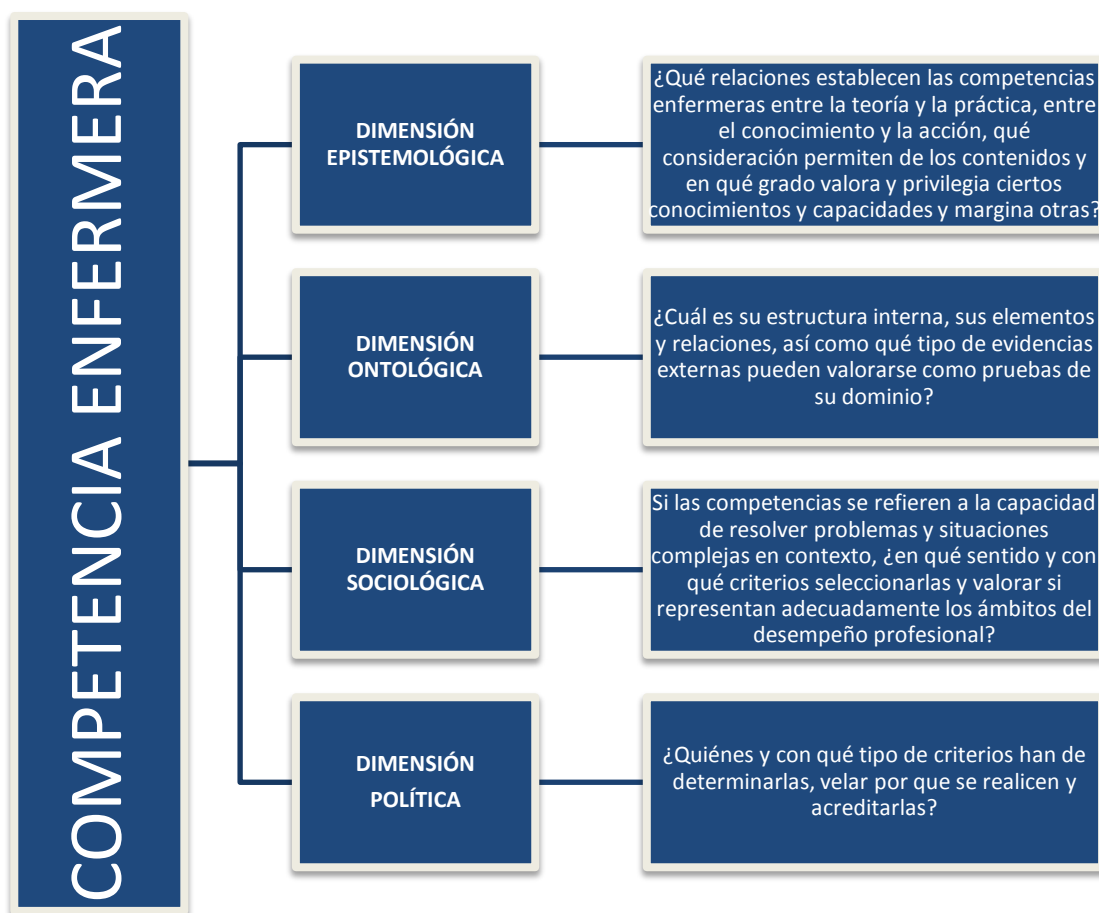
El conocimiento debe ser el producto de contenidos multidisciplinarios y multidimensionales (Frade, 2009), que demanden una acción personal de compromiso, en el marco de las interacciones sociales donde tienen y tendrán su expresión concreta. Escudero (2009) también describe que las competencias profesionales reclaman una perspectiva multidimensional: epistemológica, sociológica, política y práctica. La comprensión, el juicio y la movilización de diversos recursos cognitivos, personales, sociales y éticos constituyen la estructura interna de una competencia, así como la capacidad de aprender a aprender, que es esencial para captar su carácter cambiante y evolutivo. Una determinada concepción de las competencias puede tener implicaciones para el diseño de las titulaciones.

Según Argudín (2001) el modelo educativo por Competencias persigue así una convergencia entre los campos social, afectivo, las habilidades cognoscitivas, psicológicas, sensoriales, motoras, del individuo, lo que significa que el aprendizaje debe potenciar una integración de las disciplinas del conocimiento, las habilidades genéricas y la comunicación de ideas, por lo que el educando no solo debe saber manejar sus saberes (conocimientos), sino que también debe tener bajo su control sus interacciones sociales, sus emociones y sentimientos, así como sus actividades y, además, debe ser capaz de reconocer, interpretar y aceptar las emociones y sentimientos de los demás (Ortega, 2008, citado por García-Retana, 2011).

Según el Libro Blanco del Título de Grado de enfermería, las competencias transversales o genéricas si bien se podrían agrupar en categorías instrumentales, personales y sistémicas, todas ellas hacen referencia a la formación de cualquier universitario en sentido genérico. Por tanto, todas ellas deben ser adquiridas por los universitarios, independientemente de los estudios que cursen. Cabría la duda de si se requerirían bloques de materias para abordar estas competencias o si se podrían abordar desde los bloques de materias que desarrollan las competencias específicas (Bernués & Peya, 2004).

Retomando el argumento de Escudero (2009), cuando éste define que las competencias incorporadas en el diseño de las titulaciones tienen diferentes dimensiones que nos plantean

diferentes interrogantes: la epistemológica, ontológica, sociológica y política, si nos centramos en la titulación del Grado de Enfermería y siguiendo las directrices de análisis de Escudero, obtenemos el matiz que incorpora la competencia según la dimensión trabajada:



**Figura 1: Dimensiones de la competencia enfermera.**

**Fuente: Elaboración propia a partir de Escudero (2009).**

Centrándonos en la dimensión sociológica de la competencia, Escudero define que esta dimensión de la competencia, formula la siguiente reflexión-pregunta: *“si las competencias se refieren a la capacidad de resolver problemas y situaciones complejas en CONTEXTO, ¿en qué sentido y con qué criterios seleccionarlas y valorar si representan adecuadamente los ámbitos del desempeño profesional?”*. Esta pregunta se debe plantear en las diferentes áreas en que los autores han detectado la carencia de formación y competencia en la Titulación de Enfermería. Coll (2014) recoge que diferentes autores apuntan que existen carencias formativas y competenciales específicas en diferentes contextos donde el enfermero desarrolla su labor profesional, ya que un profesional de enfermería con la formación generalista del Título de Grado de Enfermería es difícil que pueda estar en condiciones de desarrollar sus cuidados en áreas específicas como: urgencias y emergencias (SEEUE<sup>1</sup>), enfermería intensiva y unidades coronarias (SEEIUC<sup>2</sup>), salud mental

<sup>1</sup> SEEUE: Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias.

<sup>2</sup> SEEIUC: Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias.

(WHO, 2007), quirúrgica (Canals, 2004), gestión (Barquero, León, Pascual, & Blasco, 2009; Barquero, Macías, Fera, & León, 2003), prisiones (Coll, 2014).

Además, Coll (2014) llega a la conclusión en su tesis de que los enfermeros de prisiones deben formarse en constructos como: el marco legal y normativo de la reglamentación penitenciaria, la prisionización y la subcultura carcelaria a la que está sometido el recluso, condicionantes de salud característicos de la población reclusa a la que destinan sus cuidados (drogodependencia, salud mental, enfermedades infecciosas, atención primaria, inmigración y las urgencias) y la especificidad del medio penitenciario.

Coll (2014) también realizó un análisis entre las competencias específicas del Título de Grado de Enfermería que plantea Grupo Tuning, ANECA<sup>3</sup> *versus* las competencias específicas de la enfermería penitenciaria (tabla 1):

COMPETÈNCIES DE LA INFERMERIA PENITENCIÀRIA A CATALUNYA
CP1. Conèixer i aplicar els principis que sustenten les cures integrals d'infermeria en l'àmbit penitenciari.
CP2. Identificar els problemes de salut més prevalents de l'intern-pacient en el medi penitenciari.
CP3. Conèixer el programes de salut que es desenvolupen en el medi penitenciari.
CP4. Prestar les cures infermeres garantint el dret a la dignitat, a la privacitat, a la intimitat i a la confidencialitat i la capacitat de decisió de l'intern-pacient en el context penitenciari.
CP5. Individualitzar les cures infermeres tenint presents l'edat, el gènere, les diferències culturals, el grup ètnic, les creences i els valors.
CP6. Dissenyar i implementar programes d'educació per a la salut individuals i en grup, en relació a l'estat de salut de l'intern-pacient, el seu nivell de coneixement i la seva estada al centre de compliment.
CP7. Conèixer el llenguatge específic (argot penitenciari) utilitzat pels interns, com una eina que ha de permetre establir una millor comunicació entre els professionals d'infermeria i l'intern.
CP8. Identificar els diferents tipus de demandes sanitàries de l'intern-pacient com a propòsit de salut, regimental o benestar personal.
CP9. Conèixer les situacions límit que comporten una atenció sanitària molt específica del professional.
CP10. Conèixer el rol infermer enfront l'atenció urgent i vital als centres penitenciaris.
CP11. Conèixer la xarxa sanitària externa de referència que dona suport a l'atenció sanitària penitenciària.
CP12. Capacitat per a identificar processos d'esgotament físic i/o mental del professional d'infermeria per tal de prevenir situacions d'estrès i desmotivació laboral.
CP13. Capacitat per qüestionar, avaluar, interpretar i sintetitzar críticament un ventall d'informació i fons de dades que faciliti la cura de l'intern-pacient.
CP14. Capacitat per a treballar en un context professional ètic i de codis reguladors legals, reconeixent i responnent a dilemes ètics o morals de la pràctica diària.
CP 15. Capacitat de lideratge i gestió infermera per a conduir la col·laboració interprofessional amb altres membres de l'equip sanitari, de l'àmbit de seguretat i equip de tractament.

**Tabla 2: Competencias de la enfermería penitenciaria de Cataluña. Fuente: Coll (2014).**

De su análisis llegó a la conclusión que solo coinciden en tres competencias específicas de ANECA (CE01G, CE10G y CE12G) y una sola competencia de Grupo Tuning (11), aportando que

<sup>3</sup> ANECA: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y la Acreditación.

los profesionales que diseñan, planifican, implementan y evalúan los cuidados de enfermería en el medio penitenciario necesitan adquirir unas competencias que le son propias con marcada acentuación de la contextualización de las características del medio y de la población atendida.

Para dar respuesta a estas necesidades formativas y competenciales del enfermero penitenciario, Coll (2014) propuso en su tesis diferentes propuestas formativas:

1. Asignatura optativa dentro del Título de Grado en Enfermería.
2. Una guía incluyendo los fundamentos de la enfermería penitenciaria.
3. Título de Experto Universitario en Enfermería Penitenciaria.

La última propuesta formativa se inició su oferta en el curso académico 2013-2014 y se inició su implementación en el curso 2014-2015 en la Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna (Universitat Ramon Llull) hasta la actualidad.

#### **4.2 ENFERMERÍA Y CONTEXTO PENITENCIARIO**

La enfermería como profesión sanitaria y el contexto penitenciario como institución-entorno donde se desarrollan los cuidados enfermeros según políticas penitenciarias y sanitarias, confluyen en un devenir de convivencia dinámico desplegando un acopio de acciones, símbolos, significados y normas que generan un aprendizaje reflexivo y crítico del enfermero.

Se crea la necesidad de encontrar explicación y construcción del conocimiento entre la salud y la custodia. Posiblemente Bronfenbrenner (1977, 1979 citado por Pons (2009)) desde su teoría de la ecología del desarrollo humano nos ayude a comprender esta relación desconocida y sin darle espacio de conocimiento en los planes de estudios que desarrollan las universidades españolas en el Título de Grado en Enfermería.

La teoría de la ecología del desarrollo humano comprende el estudio del acomodamiento mutuo y progresivo entre el ser humano activo, en desarrollo, y las propiedades dinámicas de sus entornos sociales. La actuación humana está condicionada por los contextos relacionales y socioculturales, donde viven las personas y sus grupos. Los humanos viven y desarrollan su conducta dentro de los sistemas sociales, de los cuales, su entorno, son elementos fundadores y constituyentes. Un sistema social se encuentra integrado por personas y por relaciones entre personas, y también por grupos de personas y sus relaciones. Cada elemento del sistema social afecta y es afectado por los demás (Pons, 2009). Las relaciones establecidas dentro de los sistemas sociales incorporan en sus integrantes valores, normas y roles. Los valores establecen justificaciones ideológicas del comportamiento, las normas configuran el marco de referencia estandarizado sobre las

expectativas generales de conducta y pensamiento, mientras que los roles representan las expectativas específicas sobre las formas de actuación propias de cada posición dentro del sistema. Mediante la función socializadora del sistema, sus integrantes interiorizan estas variables y asumen los estilos conductuales y actitudinales característicos (Herrero, 2004, citado por Pons, (2009)).

Bronfenbrenner (1977,1979) plantea la teoría ecológica como una propuesta explicativa del desarrollo psicológico del individuo a partir de la influencia que sobre este ejerce el entorno relacional, social y cultural. Cada individuo forma parte de diversos sistemas sociales, de los que va configurando su actividad y sus características personales. Así pues, el desarrollo de las personas será el producto de un complejo campo de fuerzas que, finalmente dará lugar al comportamiento peculiar de cada sujeto en cada momento. Según Bronfenbrenner el modelo teórico se define como un modelo «proceso-persona-contexto-tiempo». El factor proceso hace referencia a los «procesos proximales», entendidos como una manera de interacción, duraderos y progresivamente complejos, entre un organismo activo y las personas, objetos, símbolos de su ambiente inmediato (Pons, 2009).

A partir de esta fundamentación teórica y centrándonos en el contexto de estudio, nos podremos acercar al proceso de interacción del profesional en el contexto penitenciario. Diferentes autores describen este contexto y un ejemplo es Coll (2014) donde define el contexto penitenciario como: *“un espai de comunicació, accions i normes que determina les relacions que s’arriben a desenvolupar entre els agents que viuen (interns/es) i conviuen (personal) dins la institució penitenciària.”* (p.26).

Otros autores definen la prisión como un sistema social. Este sistema social se puede describir en términos de valores, normas y roles orientándose a su alrededor el pensamiento y la acción de los internos y del personal penitenciario (Garrity, 1961; Caballero, 1982; García & Sancha, 1985).

Según Liebling & Maruna (2013) en relación a la vida que se desarrolla en un centro penitenciario, existen investigaciones sobre los efectos del trabajo penitenciario sobre el personal, aunque son escasas. El experimento Zimbardo demostró que el poder tenía efectos deshumanizantes (Haney et al, 1973) y otros estudios han documentado los efectos destructivos de las culturas de poder (Gibbs, 1991; Marquart, 1986) y de la cultura de masculinidad característica del personal penitenciario sobre los funcionarios de la prisión. Un aporte significativo y reciente a esta bibliografía es el de Crawley, quien centró la atención sobre las dimensiones emocionales del trabajo penitenciario y el poder de las “normas de sentimiento” para controlar las emociones. Ella aplica la noción de una *“identidad malograda”* al personal penitenciario, y sugiere que este efecto



se extiende a las familias de los funcionarios penitenciarios (Crawley, 2004, citado por Liebling & Maruna, 2013). A través de un estudio de observación participativa de los nuevos funcionarios penitenciarios en etapa de capacitación y un estudio de seguimiento, ella descubrió que el proceso de convertirse en funcionario penitenciario conlleva una variedad de emociones, y nuevas técnicas para su manejo. Algunas de ellas pueden conducir al endurecimiento, el distanciamiento y la desconfianza. El proceso de adaptación podría conducir a cambios duraderos en su carácter y su vida familiar, al cinismo y la disposición para responder ante el peligro (Arnold, 2005, citado por Liebling & Maruna, 2013).

Aunque son escasos los estudios realizados en relación a estas dimensiones: variedad de emociones (endurecimiento, distanciamiento, cinismo y desconfianza) y las estrategias para su manejo, podríamos incorporar a la exploración y comprensión de la socialización profesional del enfermero penitenciario estos indicadores.

En la institución penitenciaria existe la relación e interacción entre diferentes agentes: recluso y el personal penitenciario. Entre el personal que trabaja en el centro encontramos el equipo de funcionarios (equipo de seguridad-régimen<sup>4</sup>), equipo de tratamiento<sup>5</sup> y el equipo sanitario (figura 2). Este equipo sanitario está formado por: médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería.

Esta relación e interacción entre los diferentes agentes construyen el significado del día a día que se desarrolla dentro de la prisión. La prisión se constituye como un sistema social. Este sistema social se puede describir en términos de valores, normas y roles orientándose el pensamiento y la acción de los reclusos y del personal penitenciario (Caballero, 1982; J. García & Sancha, 1985; Garrity, 1961). Goffman (1970) describe la prisión como una institución total: *“un lugar de residencia y trabajo dónde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria*

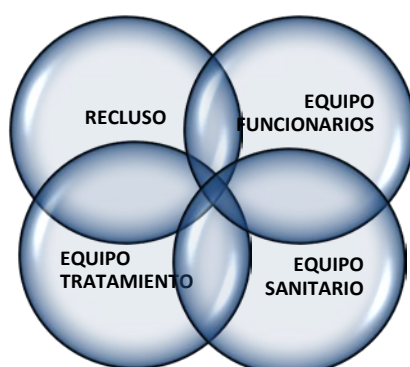
<sup>4</sup> Según el Reglament d'organització i funcionament dels serveis d'execució penal de Catalunya describe al equipo de seguridad de los centros penitenciarios de Catalunya como: el personal del ámbito de régimen interior: “[...] els corresponen les següents funcions: a) Mantenir l'ordre i la seguretat en la unitat en què desenvolupen els seus serveis, portant a terme les mesures establertes per la legislació vigent per mantenir la seguretat interior i l'adequada convivència en els centres penitenciaris; b) Adoptar, quan sigui necessari, les mesures de prevenció general i especial establertes a la legislació penitenciària amb la finalitat d'evitar la conflictivitat individual i col·lectiva; c) Supervisar el correcte desenvolupament de les prestacions que es duuguin a terme a la unitat; d) Observar els moviments dels/de interns/es, les seves interaccions socials i el seu estat personal a efectes d'adoptar o proposar, quan sigui necessari, les mesures adients en cada cas; [...]; f) Desenvolupar les funcions que els assigni la Junta de Tractament o l'equip multidisciplinari en relació amb la intervenció i el tractament dels/de interns/es, així com proposar-ne les mesures específiques d'intervenció derivades de les observacions realitzades i les recompenses i els beneficis que puguin correspondre als/a les interns/es; g) Coadjuvar en l'execució de les tasques de control que siguin necessàries per a l'aplicació dels programes sociosanitaris que es desenvolupin en els centres penitenciaris en matèria de substàncies que puguin generar dependència; [...]; j) Fer les tasques d'identificació personal dels/de interns/es; [...]” (ROFSEPC, 2006, pp.71-72).

<sup>5</sup> Según el Reglament d'organització i funcionament dels serveis d'execució penal de Catalunya describe al equipo de tratamiento como: el equipo de rehabilitación de los centros penitenciarios de Catalunya es el: “[...] responsable d'individualitzar l'execució de les penes i mesures penals que s'imposin a les circumstàncies i evolució corresponent de cada intern/a amb la finalitat primordial d'assolir la seva reeducació i reinserció social. Ha de dur a terme la seva feina de manera coordinada i amb una orientació interdisciplinària. [...] desenvoluparà les funcions següents: [...] c) Participar en la planificació i execució dels programes d'intervenció amb grups d'interns/es o persones del seu entorn, pròpies de la seva especialitat, que contribueixin a assolir els objectius i les millores establertes en els programes de tractament, d) Informar, orientar, assessorar i intervenir amb els/les interns/es i amb les persones del seu entorn en les àrees que els correspongui per la seva especialitat, amb la finalitat de potenciar la seva autonomia, responsabilitat i implicació en la millora de la seva situació actual i futura reinserció social; [...]; h) Dur a terme tasques de coordinació amb institucions i serveis que participen en el tractament i la integració social dels /es interns/es o amb les persones del seu entorn afectiu i social, segons la seva especialitat [...]” (Reglament d'organització i funcionament dels serveis d'execució penal de Catalunya (ROFSEPC, 2006, pp.66-67).

*administrada formalmente.*” (Goffman, 1970, p. 18). En las instituciones totales, el proceso inicial de socialización implica la destrucción de antiguos valores, el abandono por parte de la persona de valores anteriores que ya no sirven desde el punto de vista de la organización y que se deben definir en función de los nuevos roles que se adjudicaran (Goffman, 1970; Schein, 1977).

Como hemos podido ver en los párrafos anteriores, el contexto penitenciario se puede abordar desde diferentes perspectivas teóricas como son la sociológica, antropológica, psicológica. Otro enfoque al que nos acerca a la comprensión del constructo de prisión, es como lo describe el historiador Solé i Sabaté en el libro: *“La Model: Cent anys i 1 dia d’històries”* narrando lo siguiente: *“La presó és un món propi, crea el seu propi univers, [...]”* (2004, p.177). Solé lo vincula como un contexto único y una realidad singular, donde el desarrollo diario de la interacción, vivencia y experiencia de las personas que confluyen en este espacio son de un valor característico y con identidad propia.

Desde la perspectiva de la gestión, autores como Almost et al. (2013) identificaron varias cuestiones clave en el entorno de trabajo de la enfermería penitenciaria canadiense incluyendo: la inadecuada dotación de personal y la sobrecarga de trabajo, un control limitado sobre la práctica y el alcance de la práctica, los recursos limitados y las relaciones de trabajo difíciles. Puntos relevantes que aportan información para la socialización profesional del enfermero de prisiones.



**Figura 2: Agentes sociales del centro penitenciario. Fuente: Elaboración propia a partir de Departament de Justícia (2006).**

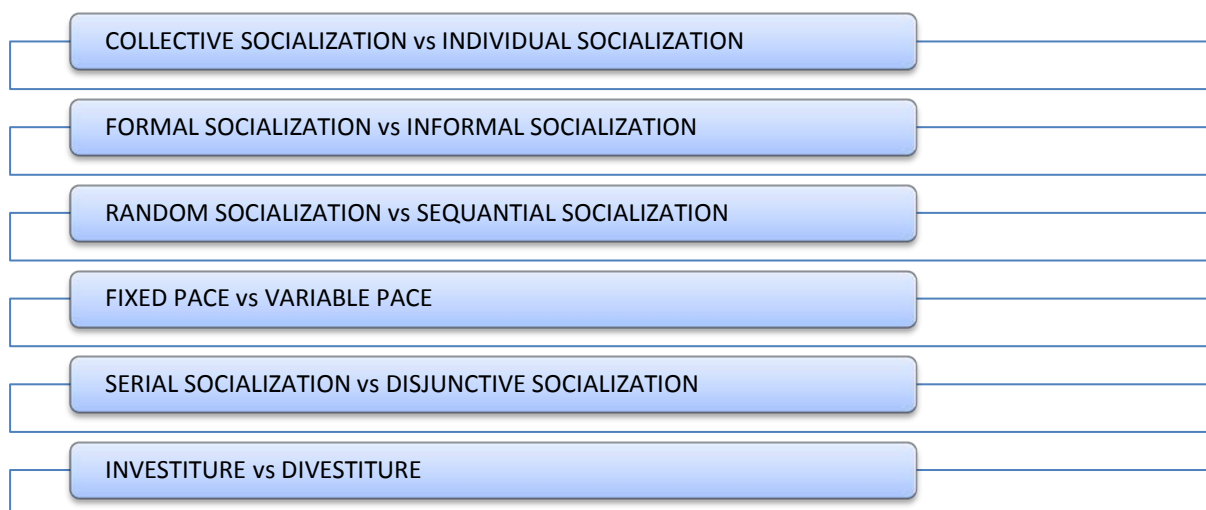
#### 4.3 LA SOCIALIZACIÓN PROFESIONAL DEL ENFERMERO PENITENCIARIO: APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

En este apartado hemos querido conceptualizar y diferenciar los términos: socialización profesional y socialización organizacional, para poder explorar y construir la etimología de la socialización del enfermero penitenciario.

La socialización profesional es el proceso por el cual las personas aprenden, durante su educación y entrenamiento, las habilidades, conocimientos, valores, comportamientos y actitudes necesarias para asumir su rol profesional.

Weidman, Twale, & Stein (2001) apuntan las 6 dimensiones que describen Tierney and Roads (1994) y Mario (1997) para la socialización del estudiante y el profesional, donde las especifican en su naturaleza bipolar, como ya describió Schein en 1979 (figura 3).

Según Edens (1987) existen cinco áreas que interactúan en el potencial de auto-crecimiento profesional, las cuales se pueden definir como resultados del proceso de socialización del enfermero. Estas áreas son la auto-imagen, concepto de rol, las actitudes, los valores y la personalidad. Las variables como el entorno educativo, el profesorado y los otros estudiantes son las que influyen en la adquisición de estos resultados en dicho proceso.



**Figura 3: Dimensiones del proceso de socialización del estudiante y el profesional.**

**Fuente: Weidman et al. (2001).**

Shinyashiki et al. (2006) aportan diferentes autores en relación a la definición del concepto de socialización profesional:

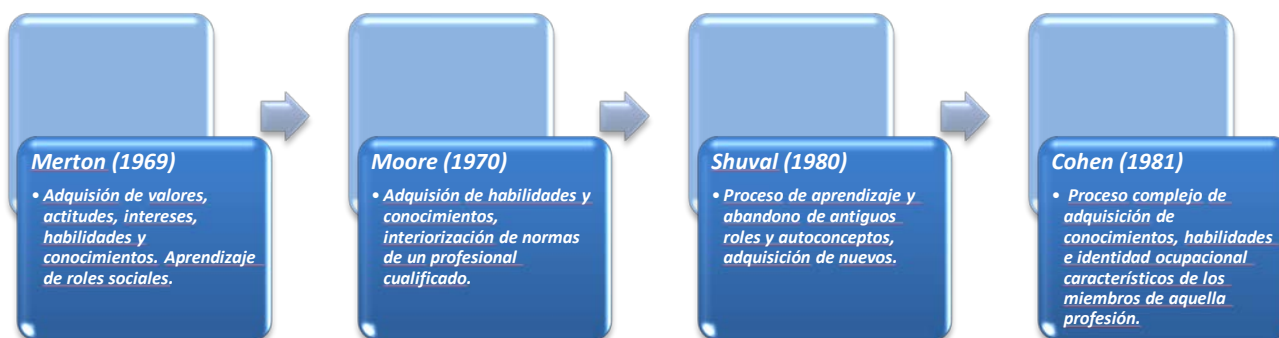
*“el proceso por el cual las personas selectivamente adquieren valores y actitudes, intereses, habilidades y conocimientos - en resumen, la cultura - corriente en grupos en los cuales ellas están o buscan transformarse en miembros. Se refiere al aprendizaje de roles sociales” (Merton, 1969).*

*“envuelve la adquisición de habilidades y conocimientos necesarios y también la identidad ocupacional e internalización de normas ocupacionales típicas de un profesional completamente calificado” (Moore, 1970).*

*“el proceso de aprender y abandonar los antiguos roles y auto conceptos y adquirir nuevos..., socialización profesional se refiere tanto a las consecuencias planeadas como las no planeadas del programa educacional” (Shuval, 1980).*

*“proceso complejo por el cual la persona adquiere conocimientos, habilidades y la identidad ocupacional que son característicos de los miembros de aquella profesión. Envuelve la internalización de valores y normas del grupo en el comportamiento y auto concepto de la propia persona. A lo largo del proceso, la persona abre mano de los estereotipos sociales existentes anteriormente en nuestra cultura y asume aquellos adoptados por los miembros de aquella profesión” (Cohen, 1981). (p.2).*

Este marco de conceptos nos permite situarnos terminológicamente en el constructo de socialización profesional.



**Figura 4: Definiciones del proceso de socialización profesional.**

**Fuente:** Elaboración propia a partir de Shinyashiki et al. (2006).

Según Shinyashiki et al. (2006) escriben que el individuo internaliza ciertos valores y normas y participa en la acción social entre otros roles de referencia. La adquisición de un nuevo rol inicia a un individuo en un grupo social en particular. El asumir un rol y el proceso de socialización se dan esencialmente durante la etapa académica, tanto en el contexto educacional como en el clínico. Los individuos que asumen el rol de enfermero no solamente asimilan nuevas experiencias y aprenden nuevas habilidades, sino se sumergen en una nueva cultura con nuevas expectativas de

valores y normas. Esto simultáneamente desenvuelve una identidad, autoestima, interacción con los modelos de roles y el juzgar reacciones de los otros frente al rol (Taylor, Westcott & Bartlett, 2001, citado por Shinyashiki et al., 2006). Un tema crítico es el modo como los valores e ideas sobre enfermería que los estudiantes traen consigo (que son resultado de la socialización por anticipación) entran en conflicto con los objetivos de la organización que va a formarlos. La socialización profesional envuelve a cambiar actitudes, valores, creencias y autoconcepto de las personas, así como proporcionar habilidades y conocimientos. Toda profesión tiene una idea clara de las actitudes y valores que sus futuros miembros deben desenvolver y cuál es el producto final esperado. Por otro lado los estudiantes pueden traer concepciones variadas sobre las exigencias del trabajo, intereses y objetivos que pueden o no ser compatible con los objetivos del programa. Estos dos factores - objetivos del programa y orientaciones que los estudiantes traen - se mezclan para crear una variedad de problemas y conflictos en el proceso de socialización. Estudios sobre estudiantes de enfermería, menciona que la socialización profesional envuelve una secuencia de fases. Primero, existe un cambio de objetivos amplios y sociales que llevaron al estudiante a escoger la profesión, para el conocimiento y dominio de tareas específicas del trabajo. Posteriormente, un grupo de referencia se desarrolla a partir de otros significativos del ambiente de trabajo. Y finalmente, los valores del grupo ocupacional son internalizados y el novato asume actitudes, valores y comportamientos que el grupo determina (Simpson, 1967, citado por Shinyashiki et al., 2006).

La socialización profesional es un aspecto crítico del desarrollo del estudiante de enfermería. Este proceso se da tanto en el contexto educacional como en el contexto clínico (Nesler et al., 2001, citado por Shinyashiki et al., 2006). La socialización profesional para los graduados se da en dos etapas: primero se da la socialización por la educación y entrenamiento que es determinante del contenido del rol, luego viene la socialización por el ambiente de trabajo y sus agentes. Algunos aspectos de la primera socialización pueden ser descartados ahora, para que el profesional actúe de modo profesional y algunos otros serán mantenidos, dependiendo del juego de fuerzas, elecciones profesionales y restricciones situacionales (Lurie, 1981, citado por Shinyashiki et al., 2006).

Hemos querido complementar el concepto de socialización profesional consultando diferentes autores que trabajan la conceptualización del término socialización organizacional, y así poder ampliar horizontes teóricos para generar un modelo de socialización del enfermero penitenciario.

Según Bermúdez (2011) es importante llevar a cabo el recibimiento de los nuevos trabajadores, a través de procesos diseñados, ejecutados y evaluados a la medida de sus empresas. Este proceso recibe los nombres de *“inducción general o socialización organizacional”* (2011, p.122).

St-Onge et al. (2004, citado por Bermúdez, 2011) indican que es necesario adaptar y ajustar al nuevo empleado a la organización, para minimizar sus temores y ansiedades, además de ir generando rápidamente sentido de gratitud y pertenencia. Los profesionales deben habituarse a los comportamientos requeridos para cumplir nuevas tareas y asumir nuevos roles.

Autores de América Latina hacen mención al programa de inducción general como proceso de socialización de los nuevos individuos, considerando la importancia del mencionado proceso como aporte fundamental para hacer a la organización más eficiente (Gómez-Mejía, Balkin y Cardy, 1999, citado por Bermúdez, 2011). También, Koontz y Weihrich (1994, citado por Bermúdez, 2011) definen la inducción como “socialización” y refieren que el individuo debe realizarla para adquirir aptitudes y capacidades laborales, adoptar roles apropiados y la adaptación a las normas y valores del grupo de trabajo.

Bermúdez (2011) refiere que hay una enorme preocupación por el asunto de la motivación y el compromiso, un afán por la reducción del estrés y la ansiedad; parte de la premisa donde el empleado que llega a su lugar de trabajo está en constante peligro de desmotivarse, de estresarse, o de no encontrar razones para trabajar comprometido. Este autor refiere una doble premisa: *“la inducción es un proceso de suma importancia para la recepción de los trabajadores en el comienzo de sus labores, y tal proceso puede comprenderse como una socialización del nuevo personal”* (Bermúdez, 2011, p.125).

Encontramos en la literatura donde Bravo, Gómez-Jacinto, & Montalbán (2004) dan un paso más en la conceptualización de la socialización organizacional, ya que tienen en cuenta en el contexto donde se desarrolla este proceso. Estos autores definen e incorporan que “la conceptualización de la socialización organizacional como proceso de interacción recíproca no puede obviar el ambiente laboral donde ésta tiene lugar” (p. 21). Igualmente, Bermúdez (2011) se cuestiona en sus reflexiones *“¿Por qué insistir entonces en una socialización organizacional descontextualizada?”* (p.120). Con estos hallazgos no podemos obviar la fuerza y el peso que determina el contexto en el proceso de socialización organizacional.

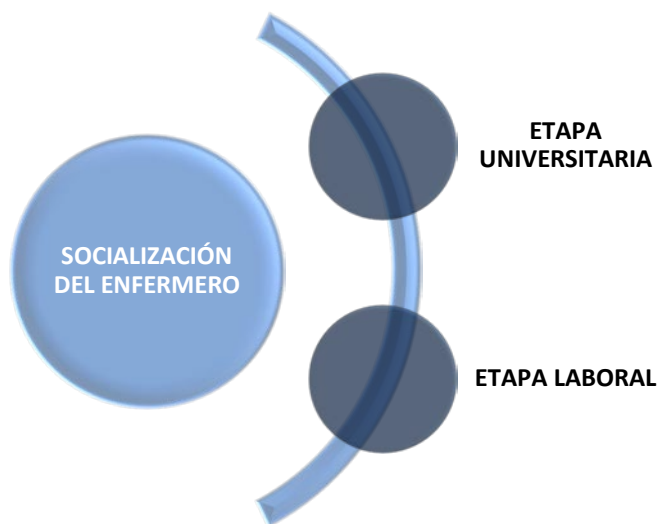
Para Devis, Garcia, & Sparkes (2010) el sujeto adopta un papel activo en el proceso de socialización y en la construcción del papel que juega en el contexto de las organizaciones laborales en las que trabaja. Así pues relata una de sus conclusiones en su estudio “Socialización y proceso de construcción de la identidad profesional del educador físico de una prisión”: *“[...El diálogo entre el contexto, la biografía y las expectativas del educador físico encargado de los deportes de una prisión conforman un caso particular, aunque no único, de socialización profesional que contribuye a iluminar el proceso de (re)construcción de la identidad de los profesionales de la actividad física y el deporte que trabajan en contextos marginales.”* (p. 84).

Un ejemplo de proceso de socialización contextualizado es la investigación que llevó a cabo Bastos (2001) donde la autora estudió el proceso de socialización del enfermero que trabaja en las unidades de cuidados intensivos. Bastos equipara este contexto cerrado al de los establecimientos penitenciarios. En este estudio pretendía comprender el universo simbólico compartido por los actores y el fortalecimiento de los mecanismos de esa cultura. Recogió la experiencia de los propios enfermeros de cuidados intensivos, las expresiones y la comprensión de su práctica, en el contexto en que se produce. Los resultados demostraron que el proceso de socialización es permeado de sentimientos de inseguridad, ansiedad, angustia, falta de competencia y de miedo. Las causas de esos sentimientos tienen relación con la ausencia de experiencia anterior de los enfermeros y con la brecha en la formación profesional. Esto ocurre formal e informalmente, pero está siempre referido como una experiencia ardua, penosa, muchas veces aislada y algunas veces compartida.

Siguiendo con la pretensión de poder categorizar el concepto de socialización organizacional, encontramos en la literatura el modelo de Taormina, el cual identifica cuatro contenidos de la socialización organizacional: (1) la **formación**, definida como el acto por el cual un recién llegado adquiere la habilidades o competencias requeridas para satisfacer las demandas de empleo, (2) la **comprensión**, el grado en que el recién llegado comprende el conocimiento y la información, tanto formales (por ejemplo, directrices y protocolos) e informales (por ejemplo, la jerga de trabajo en equipo y la praxis), la que se regulan tanto en la organización y la vida de grupo de trabajo, (3) **apoyo entre compañeros de trabajo**, lo que representa el emocional, ayuda moral o instrumental proporcionado por los miembros de grupo de trabajo para el recién llegado, y (4) las **perspectivas de futuro**, el grado en que la organización ofrece expectativas de una carrera gratificante para el recién llegado (Taormina 1994, 2004, citado por Bravo, Gómez-Jacinto, & Montalbán, 2004).

Este modelo nos puede guiar para la exploración y comprensión del fenómeno del proceso de socialización del enfermero penitenciario.

Los procesos de socialización organizacional se caracterizan porque intentan adherir al nuevo sujeto a la organización. El nuevo miembro tiene que aprender la nueva escala de valores, las normas, las pautas de conducta que exige la organización (Coll, 2014). Si nos centramos en el sujeto profesional (sanitario, régimen o tratamiento) que desarrolla sus funciones laborales en este contexto, como es el enfermero, este proceso de socialización organizacional se suma a las experiencias laborales previas, además de su socialización durante el aprendizaje académico de la titulación (figura 3) que ha cursado para poder desarrollar sus capacidades en un contexto, como en este caso es el penitenciario.



**Figura 5: Grafismo de la socialización del enfermero. Fuente: Elaboración propia.**

En el contexto penitenciario americano Hardesty, Champion, & Champion (2007) realizaron una investigación donde describen que las enfermeras que trabajan en una prisión se enfrentan a retos y problemas que forman parte de la atención sanitaria penitenciaria. Hardesty et al. recogen las percepciones, experiencias y cómo su proceso de socialización afectan a la prestación de su atención en prisión. Detallan que los profesionales enfermeros pueden desarrollar diferentes tipologías de estilos de enfermería penitenciaria como quedan clasificados en la siguiente tabla:

TIPOLOGÍA DE ESTILOS ENFERMEROS PENITENCIARIOS	
<b><i>IDEALIST</i></b>	Retiene orientación primaria de la atención enfermera, no entiende la orientación penitenciaria. No tiene experiencia previa con poblaciones desfavorecidas carece de flexibilidad para adaptarse al contexto penitenciario. Desconoce el riesgo del medio y peligro en la relación con equipo de seguridad. Disfuncional.
<b><i>REALIST</i></b>	Entiende la orientación penitenciaria. Entiende al recluso como paciente. Tiene experiencia previa con poblaciones desfavorecidas, toma consciencia de la seguridad. Buena relación con el equipo de seguridad. Mantiene la visión realista de la criminalidad del paciente.
<b><i>SITUATIONALIST</i></b>	Estilo adaptativo, la enfermera alterna entre la orientación enfermera y la orientación penitenciaria. Orientación principal hacia la enfermería pero con limitaciones. En algunas ocasiones estas enfermeras piensan que no deberían proporcionar tratamientos al recluso, que han perdido el derecho al tratamiento. Buena relación con el personal de seguridad. .../...
<b><i>ACCEPTOR</i></b>	La enfermera acepta la orientación penitenciaria y en menor grado la orientación enfermera. Reconocen al



TIPOLOGÍA DE ESTILOS ENFERMEROS PENITENCIARIOS	
	paciente como un recluso, pero contemplan al paciente. Enfermería técnica pero no provee cuidados. Profesional funcional. Buena relación con el personal de seguridad.
<b>IDENTIFIER</b>	La enfermera acepta, incondicionalmente, la orientación penitenciaria y la orientación enfermera es menor que el aceptador. Creen que no es aplicable la atención enfermera a los reclusos. Creen que el recluso solo utiliza la atención médica para manipular. Disfuncional.

**Tabla 3: Tipología de estilos enfermeros penitenciarios. Fuente: Elaboración propia a partir de Hardesty et al. (2007).**

Esta investigación y clasificación orienta nuestra puesta en escena conceptualizada del proceso de socialización que lleva a cabo el enfermero que trabaja en los centros penitenciarios catalanes.

#### **4.4 PROFESIONALES ENFERMEROS REFLEXIVOS EN SU PRÁCTICA**

Como se ha mencionado anteriormente, la reforma del EEES implica la necesidad académica pretenciosa de formar profesionales para que en su futuro laboral desarrollen y apliquen sus conocimientos, habilidades, actitudes y valores según las demandas organizacionales e institucionales concretas, que según Carabaña (2011) se tienen que manifestar no en sí, aisladas unas de otras, sino conjunta o sinérgicamente, en el desempeño de la tarea o de la profesión. Tales componentes subjetivos de la competencia son más o menos difíciles de adquirir, según la complejidad del puesto de trabajo y las aptitudes de las personas. Además, defiende que no hay competencia sin capacidad de enfrentarse a situaciones nuevas, de resolver problemas, por sencillos que sean; así lo explicitan, frente a la versión estrechamente behaviorista, las versiones amplias o integradoras de las competencias, que evalúan la transferencia desde unos contextos a otros. Para ello es necesario desarrollar aprendices independientes, autónomos, creativos y críticos, capaces de cuestionar de manera crítica el saber establecido con una formación que conduzca al desarrollo de profesionales juiciosos y críticos que reflexionen desde su propia experiencia y se conviertan en individuos de un contexto práctico marcado por la toma de decisiones continua (Saiz & Susinos, 2014).

Saiz & Susinos, 2014 refieren que influencias teóricas de autores como Dewey (1989), Schön (1992; 1998), Zeichner (2010) defienden la necesidad de promover la formación de profesionales reflexivos, esto es, profesionales que reflexionan desde la acción y se convierten así en investigadores de su propia práctica. Schön (1992) entiende que cada caso es único, contextualizado, fruto de un conjunto de relaciones específicas que sólo se dan en ese contexto y, por ello, es necesario reflexionar, inventar y probar estrategias ad hoc. Se torna, así,

indispensable dejar atrás planteamientos técnicos y descontextualizados que separan los conocimientos de la acción misma que los dota de sentido. Para Dewey (1989), el pensamiento reflexivo tiene su origen en situaciones ambiguas, conflictivas, que presentan un dilema, que suponen varias alternativas, situaciones de duda e incertidumbre. Schön (1998) sostiene que esos procesos de toma de decisiones que en muchas ocasiones carecen de lógica son realizados de un modo espontáneo, sin que muchas veces seamos capaces de establecer las reglas o procedimientos que seguimos. Está aludiendo, de este modo, a un conocimiento implícito e intuitivo.

La reflexión, en este sentido, no consiste en una serie de pasos o procedimientos racionales, estructurados y lógicos. Supone, más bien, una forma global de atender y responder a los problemas y situaciones particulares, involucrando de manera ineludible a los autores implicados (Flores, 2004 citado por Saiz & Susinos (2014)).

El modelo de aprendizaje reflexivo constituye un recurso para defender los valores profesionales, la creatividad y la autonomía necesaria para los profesionales socioeducativos. Mediante el aprendizaje reflexivo se pretende conseguir formar a los estudiantes para poder trabajar en el futuro en contextos de incertidumbre, para hacer frente a situaciones complejas; en definitiva, a ejercer profesionalmente en contextos dinámicos, cambiantes, en los que es necesario asumir un cierto nivel de riesgo. El aprendizaje reflexivo ayuda a teorizar sobre la práctica, a poner de manifiesto las incertidumbres y los errores y a reconocer la humanidad de los profesionales y de los usuarios (Fullanal, Pallisera, & Planas, 2011). Se crean necesidades de una formación continua que permita a los profesionales adaptarse a una realidad laboral y social marcada por profusos y constantes cambios, donde toma sentido esta iniciativa (Saiz & Susinos, 2014). La formación teórica universitaria no es suficiente para hacer frente al conjunto de situaciones diversas y complejas que van a presentarse a lo largo de la trayectoria laboral de cualquier profesional.

A partir de esta exposición teórica e intentando aterrizar en el “tema contextualizado” que nos ocupa, el enfermero penitenciario participa y se sumerge en las normas, costumbres, códigos, lenguajes y valores que se dan en el contexto penitenciario. Así pues, este profesional debe conocer y considerar que está bajo una normativa y legislación penitenciaria que conduce su actuación en este contexto social. Su capacidad de reflexividad debe ayudarlo y protegerlo ante su interacción de incertidumbre tanto con la población reclusa como con el resto de equipo penitenciario (sanitario, régimen-seguridad y tratamiento) entorno a su relación, y como consecuencia a su toma de decisiones. Este proceso adaptativo de las normas y reglas es socialmente útil.

## **5. MARCO METODOLÓGICO**

---

La presente investigación se sustenta en la fundamentación del paradigma de la complejidad. Una ciencia se desarrolla cuando busca su complejidad; esto es, cuando se analiza desde las relaciones internas y externas, o sea, en función de sus posibilidades de relación con el todo y sus partes. Una ciencia se estanca, cuando se simplifica, es decir, cuando se reduce al fraccionamiento de cada una de sus partes y se desconoce la relación con el todo y con otras ciencias (Murcia & Jaramillo, 2001). Este pensamiento complejo permite ordenar/desordenar/reorganizar discursos y saberes que son dispares, pero que no son contrarios. La reflexión lo resignifica y la socialización lo hace consistente. Los contextos contribuyen en su configuración y lo cotidiano, con su multipresencia en la vida social, origina un saber que debe recuperarse por el pensamiento reflexivo (Díaz, 2005).

El abordaje de la ciencia desde la perspectiva de la complejidad afirma la posibilidad de una vida cultural e intelectual dialógica, caracterizada por la pluralidad y diversidad de los puntos de vista (Beltrán, Lino, Reyes, & Johan, 2010). Según Morin (2001) la sociedad comporta individuos genética, intelectual, psicológica y afectivamente muy diversos, y por tanto aptos para tener puntos de vista muy variados. Este ir y venir dialógico cultural permite y propicia el intercambio de ideas, opiniones, teorías, lo que a su vez produce el debilitamiento de los dogmatismos e intolerancias y propicia la competición, la concurrencia, el antagonismo, y por tanto el conflicto entre ideas, concepciones y visiones del mundo (Beltrán et al., 2010).

Morin (2006) propone abandonar todo punto de vista mutilador, que es el de las disciplinas separadas por un conocimiento poldisciplinar o transdisciplinar. Como la realidad es compleja y amplia hay que elaborar un método capaz de tratar, comprender y destabicar esa realidad.

Centramos nuestro propósito de estudio orientado desde la confluencia de la pluralidad de voces y diversidad de los diferentes puntos de vista de los actores que viven y conviven en el contexto penitenciario. Separar la construcción polifacética del día a día en prisión de sus normas, sus lenguajes, sus códigos y los agentes sociales desune la realidad de los individuos. Su reflexividad de de-construcción en un contexto que sin sus propias rejas, el abrir y cerrar puertas, los uniformes blancos y azules entre alarmas y sirenas, no serían identificados entre esos cuatro muros. La complejidad del medio penitenciario implica la asimilación por parte de los internos de hábitos, usos y cultura de la prisión. De igual manera, los equipos que velan por la salud, la seguridad y la rehabilitación de estos, establecen interacciones formales, normativas, cambiantes y dinámicas donde la vivencia y la experiencia de los sujetos convergen en un saber singular.

Desde esta perspectiva epistemológica, nos adentramos en una investigación que se enmarca en el método descriptivo-comprensivo con la intención de recoger información y responder a los objetivos principales planteados, a partir de diferentes acciones no excluyentes entre ellas (Torrado, 2004). Con este método llegamos a la descripción del fenómeno de la socialización del enfermero en prisión, analizando su estructura y explorando las asociaciones relativamente estables de las características que lo definen. Por otro lado, la comprensión del fenómeno nos lo caracterizará calificándolo desde un enfoque global, sin fragmentarlo ni seccionarlo en variables, buscando la comprensión de la situación en su totalidad. El proceso se estudia desde la contextualización, teniendo en cuenta las relaciones dentro del sistema o cultura, como es la prisión. Un ir y venir de sentimientos, percepciones, ideas y visiones del mundo penitenciario que construye una realidad singular para profesionales de la salud que no han experimentado ni vivido en su formación académica y laboral previa a este ámbito único y peculiar.

### **5.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

Como nos referíamos anteriormente, nuestra finalidad en la presente investigación es describir específica y concretamente la socialización profesional del enfermero penitenciario. Será un primer acercamiento a la realidad de este profesional que destina sus cuidados enfermeros a la población reclusa. Esta población concentra un compendio de características sociodemográficas y en materia de salud sobrerrepresentadas en relación a la población general como son: la drogodependencia, las enfermedades infectocontagiosas (VIH/SIDA, tuberculosis, Hepatitis B y C e infecciones de transmisión sexual) y trastornos mentales, así como otros factores relevantes derivados de la atención en situaciones límite (autolesiones, ingesta de cuerpos extraños, *body packer/body stuffer*, huelga de hambre motines y revueltas, etc.) y la inmigración. Estos factores son diferenciadores de la atención enfermera en el contexto penitenciario, contexto único y complejo, en relación con la atención prestada en otros ámbitos de la salud (ANA, 2013; Coll, 2014; Schoenly & Knox, 2013). Este primer acercamiento a la realidad que nos ocupa, es el paso previo para en un futuro poder estudiar con mayor profundidad el fenómeno.

La investigación se desarrollará en 2 etapas (figura 6) con la intención de responder a los objetivos generales propuestos para este estudio.

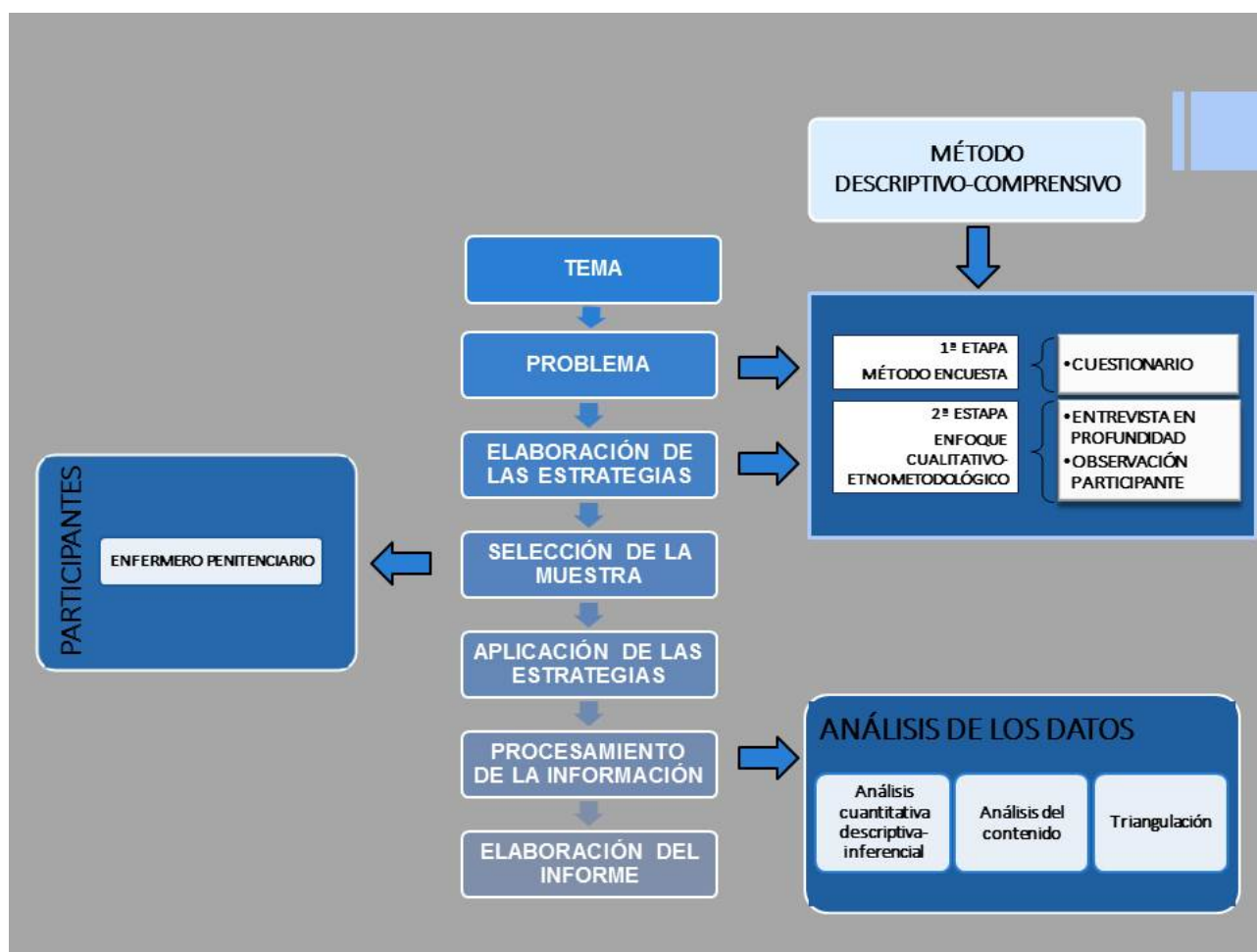


Figura 6: Diseño de la investigación.

#### 5.1.1 PRIMERA ETAPA: MÉTODO POR ENCUESTA

La primera etapa de la investigación la abordaremos con la descripción del fenómeno a partir del estudio de encuesta. Estos estudios son útiles para una primera aproximación a la realidad o para estudios exploratorios (Torrado, 2004). En el caso que nos ocupa responde a la exploración del fenómeno de la socialización profesional del enfermero penitenciario mediante la recogida de información de los enfermeros penitenciarios catalanes (participantes) aplicando la técnica del cuestionario. Posteriormente, con este método se pretende hacer estimaciones de las conclusiones a la población de referencia a partir de los resultados obtenidos en una muestra.

La encuesta es un método de investigación basado en una serie de preguntas dirigidas a sujetos que pueden construir una muestra representativa de una población con el fin de describir y/o relacionar características personales y ciertos ámbitos de información necesarios para responder el problema de investigación, como pueden ser: intereses, motivaciones, creencias, actitudes, intenciones, deseos, percepciones, vivencias y conductas personales o de grupos. Esta información suele referirse al mundo profesional, social o personal, sobre una gama de sucesos

presentes, pasados o futuros (Latorre, Del Rincón, & Arnal, 1996; Ruiz Bueno, 2009). También, este método permite descubrir la frecuencia, la distribución estadística y buscar relaciones entre las variables implicadas, generalizando conclusiones (Latorre et al., 1996).

Encontramos en la literatura que diferentes autores describen la sistematización del proceso de investigación de los estudios de encuesta en distintas etapas:

ESTUDIOS DE ENCUESTA	
<b>Arnau (1995)</b>	4 etapas: planteamiento de objetivos y preparación del instrumento de recogida de información, planificación del muestreo, recogida de información y análisis e interpretación de los resultados.
<b>Buendía (1998)</b>	3 fases: teórico-conceptual, metodológica y estadístico-conceptual.
<b>Cohen y Manion (2002)</b>	8 etapas: definir los objetivos, decidir la información necesaria, decidir las tabulaciones necesarias, programas de análisis y muestra, diseñar y aplicar el cuestionario, editar y codificar, decidir tabulaciones finales, tabular y analizar y redactar el informe.

**Tabla 4: Etapas del proceso de investigación por encuesta. Fuente: Elaboración propia a partir de Torrado (2004).**

A continuación, desarrollamos el proceso de investigación llevado a cabo para abordar la realidad del problema de estudio.

#### **a) DEFINIR LOS OBJETIVOS**

En esta etapa hemos elaborado los objetivos que van a resolver los interrogantes de nuestro problema de estudio tal y como se han detallado en la tabla 1.

Así pues, se intenta describir situaciones complejas y como el grupo de enfermeros penitenciarios describe su proceso de socialización en este contexto. Para dar respuesta a estas preguntas hemos establecido los siguientes objetivos:

1. Describir y comprender la socialización profesional del enfermero que trabaja en prisión.
  - 1.1. Identificar el perfil y las competencias que desarrolla el enfermero penitenciario necesarias para su socialización en este contexto.
  - 1.2. Describir las competencias (conocimientos, habilidades y valores) que desarrolla el enfermero en el contexto penitenciario para socializarse en la institución.

**b) IDENTIFICAR LAS DIMENSIONES DE LA INFORMACIÓN A OBTENER**

Para aproximarnos al fenómeno de estudio, hemos realizado una revisión de diferentes fuentes bibliográficas en relación al proceso de socialización profesional y organizacional en el contextualizado. Las diferentes fuentes consultadas nos han guiado el camino para categorizar las dimensiones de la exploración de nuestro problema de estudio.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS CONSULTADAS	
<b>PERFIL PROFESIONAL</b>	Bastos (2001); Shinyashiki et al. (2006); Hardesty et al. (2007); Devis et al. (2010); Bermúdez (2011)
<b>COMPETENCIAS PROFESIONALES</b>	Dewey (1989); Schön (1992, 1998); Escudero (2009); Fullanal et al. (2011); Coll (2014); Saiz & Susinos (2014)
<b>CONTEXTO PENITENCIARIO</b>	Garrity, (1961); Goffman (1970); Haney et al. (1973); Schein (1977); Caballero (1982); García & Sancha (1985); Gibbs (1991); Marquart (1986); (Bravo et al., 2004); Castillo (2012); Liebling & Maruna (2013); Coll (2014)

**Tabla 5: Fuentes bibliográficas consultadas para la recogida de información necesaria.**

**Fuente: Elaboración propia.**

Las dimensiones del perfil profesional, las competencias profesionales y el contexto penitenciario son los constructos de referencia para explorar la socialización profesional del enfermero que desarrolla sus cuidados en el ámbito penitenciario. A partir de esta exploración y consulta teórica podremos elaborar la técnica para la recogida de información que son las que nos llevarán a recopilar los datos necesarios para conseguir los objetivos de la investigación.

**c) DISEÑO Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO**

En la investigación por encuesta debemos trasladar las variables sobre las que necesitamos obtener información a preguntas concretas sobre la realidad. Para llegar a ese fin, hemos elaborado una primera versión de la tabla de especificaciones, mediante la creación de un árbol conceptual del problema de estudio, donde quedan recogidas las dimensiones conceptualizadas de la investigación que necesitamos explorar y describir sobre la socialización profesional del enfermero penitenciario, es decir los procedimientos específicos que darán lugar a las observaciones empíricas que representan a los conceptos (Ruiz Bueno, 2009). Ha sido laborioso construir este cuadro, ya que no hay investigaciones precedentes en este contexto donde los enfermeros fuesen los participantes de dichas investigaciones. Hay estudios contextualizados en prisión en referencia al profesional de educación física, funcionarios y el recluso. Así pues, la

descripción de la socialización profesional del enfermero penitenciario puede ser una primera fase exploratoria que nos aproximará a la realidad de este profesional en un contexto único, y proporcionará datos que vayan preparando el futuro hacia nuevas investigaciones.

La utilización del cuestionario nos ha permitido obtener información de un máximo de enfermeros en un lugar de accesibilidad restringido como son los centros penitenciarios.

El **objetivo del cuestionario** es: identificar el perfil y las competencias que desarrolla el enfermero penitenciario necesarias para su socialización en este contexto.

El **contenido del cuestionario** hace referencia a las dimensiones que se han explorado en el marco teórico de esta investigación:

DIMENSIONES	
1.	<b>Perfil profesional del enfermero penitenciario</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identidad profesional</li> <li>• Rol profesional</li> <li>• Experiencia previa al contexto penitenciario en otros ámbitos de la salud</li> <li>• Expectativa laboral</li> <li>• Mirada del enfermero hacia el recluso</li> <li>• Relación profesional con el equipo de seguridad (funcionario)</li> </ul>
2.	<b>Competencias profesionales generalistas y específicas del enfermero penitenciario</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formación generalista</li> <li>• Formación específica</li> <li>• Competencia transversal</li> </ul>
3.	<b>Contexto penitenciario</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agentes sociales</li> <li>• Normas</li> <li>• Códigos</li> <li>• Lenguaje</li> <li>• Valores</li> <li>• Roles</li> </ul>

**Tabla 6: Dimensiones de la investigación.**

En la elaboración del cuestionario se ha considerado en su **formato** una carta de presentación (Ruiz Bueno, 2009) que recoge los siguientes aspectos: quién realiza la investigación y datos de contacto de la investigadora para resolver cualquier duda o consulta; el objetivo de la



investigación; a quién va dirigido el cuestionario; la petición de la participación; tipos de cuestiones que se van a plantear y agradecimientos a la colaboración.

Para la construcción del cuestionario se han utilizado tanto *preguntas* cerradas como abiertas, en una combinación total de 24 preguntas. En el caso de las preguntas cerradas se han incluido preguntas de forma dicotómica, con lista de alternativas y con escalas de estimación o evaluación. Con las preguntas abiertas hemos dejado al interrogado que pudiese contestar lo que deseara.

La primera versión del cuestionario, se sometió a un *proceso de validación lógica*, a través de jueces, y empírica, aplicando el mismo a cinco enfermeros penitenciarios, para así poder detectar elementos de mejora en las siguientes consideraciones descritas por Ruiz Bueno (2009):

- a) Usar un lenguaje que todas las personas a interrogar entiendan.
- b) Cada pregunta debe reflejar una sola idea. Nos debemos de asegurar de que cada pregunta se refiera a una sola cosa y a un solo tema.
- c) Las cuestiones se han de redactar de forma clara, precisa e inequívoca. Por tanto, lenguaje sencillo, frases de estructura elemental y expresión clara.
- d) No se ha de recoger más información que la necesaria para el problema que se evalúa o investiga
- e) Redactar las preguntas en forma personal y directa.

Una síntesis de estos procesos lo recogemos en el *estudio piloto*:

1. Validación de jueces. La primera versión del cuestionario se sometió a la revisión de personas expertas en la temática estudiada (responsable de enfermería de los centros penitenciarios catalanes durante 22 años, así como los gestores de enfermería de los centros: CP Brians 1, CP Brians 2, CP Quatre Camins, CP Homes de Barcelona y CP Puig de les Basses), para que validaran su contenido: dimensiones analizadas, adecuación de los indicadores y de los ítems, claridad en la formulación de las preguntas, y descartar preguntas amenazantes o estigmatizantes por la temática y contexto sugeridos. Se trataba de recoger cualquier tipo de recomendaciones para la mejora del mismo. Fruto de sus sugerencias, se han realizado los siguientes cambios en el cuestionario:

- Se ha cambiado el concepto paciente-recluso por el término paciente. Únicamente se ha dejado el concepto de paciente-recluso en la pregunta 14, por dar valor a la consideración regimental y sanitaria.
- Cambios de orden de algunas preguntas y aglutinar preguntas por temática.

- Modificaciones en las instrucciones de respuesta de algunos ítems.
- Añadir alguna alternativa de respuesta.

2. Aplicación piloto. El cuestionario se aplicó de forma autoadministrada a una muestra piloto de cinco enfermeros de diferentes centros penitenciarios. Al analizar los resultados de la aplicación piloto y analizar las notas tomadas de la aplicación, se constató que no presentaron grandes problemas en su ejecución.

La versión definitiva del cuestionario (anexo 1) se ha elaborado teniendo en cuenta los resultados del estudio piloto. A continuación se presenta el contenido y estructura de esta versión definitiva del cuestionario mediante su tabla de especificaciones en la que constan sus dimensiones, así como los indicadores de cada una de ellas, que son la base para la elaboración de los ítems:

DIMENSIÓN	CATEGORÍA	ÁREAS ASISTENCIALES ESTUDIOS UNIVERSITARIOS	ÍTEM		PREGUNTA
<b>DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>	SEXO EDAD AÑOS EXPERIENCIA	ÁREAS ASISTENCIALES ESTUDIOS UNIVERSITARIOS			1-8
<b>PERFIL PROFESIONAL</b>	ROL PROFESIONAL		Autoconcepto Funcionalidad Disfuncionalidad Ansiedad Inseguridad Angustia Sentido de pertinencia	Motivación Limitaciones Temor o miedo Sentido de gratitud	9, 10
	EXPERIENCIA PREVIA AL CONTEXTO PENITENCIARIO EN OTROS ÁMBITOS DE SALUD		Cambio Mismo estilo de atención	Asistencia con matices	11
	EXPECTATIVA LABORAL		Positiva Negativa	Indiferente	11
	IDENTIDAD PROFESIONAL		Estigma Frustración Ira Cinismo Desconfianza Disposición para responder ante el peligro	Endurecimiento Aislamiento Endurecimiento Distanciamiento Cambios en el carácter	12, 13
	MIRADA DEL ENFERMERO HACIA EL RECLUSO		Vulnerable Manipulador Desfavorecido	Criminal Demandante	14
	RELACIÓN PROFESIONAL CON EQUIPO DE SEGURIDAD (FUNCIONARIO)		Trabajo colaborativo Trabajo punitivo	Trabajo deshumanizante Trabajo independiente	15, 16
<b>COMPETENCIAS</b>	GENERALISTA		Habilidades comunicativas Ética	Habilidades sociales	19, 21, 22, 24 .../...
	ESPECÍFICA		Reglamentación penitenciaria Cultura carcelaria Atención primaria Inmigración	Drogodependencia Salud mental Enfermedades infecciosas Urgencias	17, 18, 25

DIMENSIÓN	CATEGORIA	ÍTEM		PREGUNTA
	TRANSVERSAL	Experiencia Compromiso Juicio crítico Independiente Autónomo Creativo	Toma de decisiones Inventar, innovar Situaciones ambiguas Conflictos Incertidumbre Visión global y entender la particularidad de las situaciones	20
<b>CONTEXTO</b>	AGENTES SOCIALES	Otros profesionales de la salud	Equipo tratamiento Equipo seguridad	11, 21, 22
	NORMAS	Situación compleja Dinámica	Cambiante De riesgo	11
	CÓDIGOS	Formales (protocolos, instrucciones, circulares)	Informales	15, 16
	LENGUAJE	Argot penitenciario	Movimientos Comunicación no verbal	19
	VALORES	Jerarquización	Salud, justicia, libertad, placer	23
	ROLES	Poder	Deshumanizante	15

Tabla 7: Tabla de especificaciones del cuestionario.

**d) MUESTREO Y APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO**

En relación a la muestra de participantes, contamos con la población total de enfermeros penitenciarios que trabajan en los establecimientos penitenciarios de Cataluña. Son enfermeros con una dilatada experiencia desempeñando sus funciones en el medio penitenciario, así pues son los mejores conocedores del entorno penitenciario, los factores de salud de la población reclusa, saben cómo interaccionar tanto con el paciente como con los diferentes colectivos que trabajan en un centro penitenciario, así como la reglamentación y la normativa penitenciaria.

El número total de enfermeros que trabajan en los equipos de atención primaria penitenciaria (EAPP) de Cataluña a fecha 31 de diciembre de 2015 era de 89, distribuidos como presentamos a continuación:

Centro penitenciario (CP)	Población que atiende	Localidad	Número
<b>Homes</b>	Hombres adultos	Barcelona	<b>12</b>
<b>Brians 1</b>	Hombres y mujeres adultos	Sant Esteve Sesrovires	<b>12</b>
<b>Brians 2</b>	Hombres adultos	Sant Esteve Sesrovires	<b>12</b>
<b>Quatre Camins</b>	Hombres adultos	La Roca del Vallés	<b>13</b>
<b>Ponent</b>	Hombres y mujeres adultos	Lleida	<b>12</b>

<b>Lledoners</b>	Hombres adultos	Sant Joan de Vilatorrada	<b>9</b>
<b>Joves</b>	Hombres jóvenes*	La Roca del Vallés	<b>3</b>
<b>Dones</b>	Mujeres jóvenes* y adultas	Barcelona	<b>3</b>
<b>El Catllar</b>	Hombres y mujeres adultos	Tarragona	<b>4</b>
<b>Puig de les Bases</b>	Hombres y mujeres adultos	Figueras	<b>9</b>
<b>TOTAL</b>			<b>89</b>

\*Según el artículo 9.2 de la Ley Orgánica General Penitenciaria: se consideran jóvenes aquellas personas que no han cumplido los 21 años.

**Tabla 8: Relación de enfermeros que trabajan en los EAPP de Cataluña. Fuente: Elaboración propia a partir de Documento interno de Programa de Salud Penitenciaria (2015).**

La recogida de la información se ha llevado a cabo a partir de las perspectivas de los enfermeros de los EAPP de Cataluña, ya que centralizamos la exploración y la comprensión del proceso de socialización del enfermero penitenciario en la comunidad autónoma de Cataluña. Puntualizar que es la única comunidad autónoma que desde el año 1984 tiene el traspaso de competencias en materia penitenciaria, según el Real Decreto 3482/1983, sobre Traspaso de servicios del Estado a la Generalitat de Catalunya en materia de Administración Penitenciaria. Aunque la normativa europea en materia penitenciaria sea la misma para todos los países europeos, debemos matizar que tener la comunidad autónoma catalana las competencias transferidas puede generar la existencia de diferentes políticas de actuación en los centros penitenciarios que puede originar diferentes connotaciones en los significados, los símbolos, el lenguaje y los valores comparado con los participantes de los centros penitenciarios del resto de España.

La selección de la muestra exige una rigurosidad en el proceso de selección. Según Fox (1981, citado por Torrado (2004)) el ciclo de muestreo es el que se recoge a continuación:



**Figura 7: Ciclo de muestreo. Fuente: Fox (1981, citado por Torrado, 2004).**

Como se ha comentado anteriormente, en nuestra investigación el universo-población de estudio son todos los enfermeros que trabajan en los centros penitenciarios de Cataluña. Se considera como muestra invitada la totalidad de la población de enfermeros penitenciarios, por ser una población de 89 individuos y por contemplar la heterogeneidad de los centros penitenciarios en relación a la población reclusa atendida (hombre, mujer y/o joven). En la técnica de recogida de

información, en este caso el cuestionario, se han recabado aquellas variables que caracterizan la muestra como son los factores sociodemográficos de los participantes: sexo, edad, años trabajados como enfermero penitenciario, número de centros penitenciarios en los que ha trabajado el informante, años totales de profesión enfermera, áreas asistenciales en otros ámbitos de salud, formación universitaria de segundo ciclo.

Además, debemos tener presente que de la muestra invitada en el estudio a la muestra aceptante se pueden perder sujetos, ya que la participación de los enfermeros penitenciarios de Cataluña es voluntaria. El tipo de muestreo es no probalístico intencional y por accesibilidad al escenario.

El cuestionario se ha aplicado en 9 de los 10 centros penitenciarios de la comunidad autónoma catalana. El único centro donde no se ha podido aplicar el cuestionario ha sido en el Centro Penitenciario El Catllar ubicado en la provincia de Tarragona, al no tener accesibilidad a la muestra (4 sujetos). La coordinación de la entrega y recogida de los cuestionarios complementados la han realizado los gestores de enfermería de los centros penitenciarios de CP Brians 1, CP Brians 2, CP Homes de Barcelona, CP Ponent y CP Lledoners., conjuntamente con la investigadora. En los centros penitenciarios de Dones, Joves, Puig de les Basses y Quatre Camins la propia investigadora ha coordinado su entrega y recogida. Las fechas de inicio y finalización de recogida de los cuestionarios fueron del 10 hasta el 27 de mayo del 2016.

Una vez los sujetos han tenido el cuestionario en sus manos la forma de administración ha sido autoadministrada, ya que se puede suministrar a un grupo numeroso de personas juntas, o bien a una persona directamente. Escoger el seguimiento supervisado de entrega y recogida del cuestionario, y no otros medios como puede ser *on line*, ha estado condicionado al limitado intervalo de tiempo disponible para conseguir las respuestas de los participantes. El tiempo total para cada aplicación del cuestionario ha sido de aproximadamente 25-30 minutos por participante.

De la población total de enfermeros penitenciarios de la comunidad autónoma catalana (89 enfermeros), finalmente han aceptado participar voluntariamente, firmando el consentimiento informado y de forma anónima 56 participantes (62,9%). La **media de edad** es de **46 años** ( $\pm 8,6$ ), de los cuales el **21,4%** son **hombres** y el **78,6%** son **mujeres**. Comparando estos resultados con los obtenidos por Coll (2014), por un lado observamos que se mantiene constante la media de edad, ya que en aquel estudio el mayor número de sujetos se concretaba en las franjas de edad entre los 31 y los 50 años. En relación a la variable del sexo, apreciamos valores parecidos tanto para los hombres (27,3%) como para las mujeres (72,7%). Destaca como ya es habitual en la profesión enfermera que esté desarrollada por sujetos del género femenino, y además que esta variable no condiciona el desenvolver su trabajo en una prisión.

La relación de participantes que han contestado al cuestionario y su distribución por centro de trabajo queda de la siguiente manera:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Centro penitenciario	CP BRIANS 1	7	12,5	12,5
	CP BRIANS 2	10	17,9	30,4
	CP DONES	2	3,6	33,9
	CP HOMES	7	12,5	46,4
	CP JOVES	1	1,8	48,2
	CP LLEDONERS	5	8,9	57,1
	CP PONENT	6	10,7	67,9
	CP PUIG DE LES BASSES	6	10,7	78,6
	CP QUATRE CAMINS	12	21,4	100,0
	<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>	

**Tabla 9: Distribución de los enfermeros participantes por centros penitenciarios.**

Del total de la muestra participante, un **76,8% ha trabajado en dos o más centros penitenciarios**, acreditando a la información aportada una visión amplia de su experiencia laboral penitenciaria. En el siguiente gráfico se puede observar como la muestra informante tiene diferentes experiencias organizacionales en los centros penitenciarios catalanes:

Número total de centros penitenciarios en los que ha trabajado como enfermero

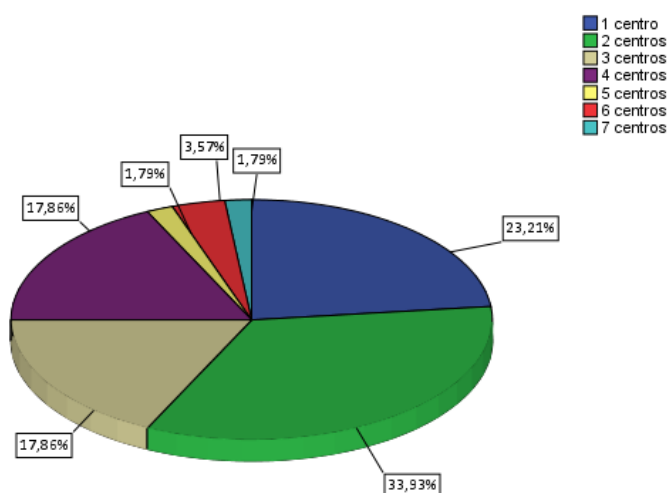


Gráfico 1: Porcentaje de centros penitenciarios en los que ha trabajado un enfermero.

Otro dato que aporta madurez profesional y organizacional a la muestra es que el **71,4%** de informantes cuenta con **más de 11 años de experiencia laboral en el medio penitenciario**, así como una media de 20,6 años ( $\pm 9,5$ ) de trayectoria profesional. Este dato matiza que el colectivo de enfermeros consultado es conocedor por su larga experiencia profesional de las competencias, las funciones, así como de las necesidades sentidas, reales y discrepantes de la realidad asistencial de este colectivo. En la siguiente tabla, se detallan los intervalos de años de experiencia laboral en prisión de la muestra:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Años</b>			
< 2 años	3	5,4	5,4
De 2 a 10 años	13	23,2	28,6
De 11 a 20 años	22	39,3	67,9
> 20 años	18	32,1	100,0
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>	

Tabla 10: Porcentajes de los intervalos de años de experiencia en los centros penitenciarios como enfermero.

Siguiendo con la caracterización de la muestra, ésta reúne la peculiaridad de contar con unos profesionales que han **trabajo en diferentes ámbitos de la salud**. Esto nos aporta la experiencia de su interacción profesional con:

- Pacientes de diferentes características sociodemográficas y patológicas, así como culturales y socioeducativas.
- Instituciones con diferentes características normativas y organizacionales.
- Equipos de trabajo de diversas relaciones laborales y competencias.

Esta experiencia de los informantes aporta masa crítica, riqueza vivencial y experiencial para poder describir y comprender nuestro problema de estudio, pues la muestra ha recorrido por áreas como la atención primaria, drogodependencias, salud pública, salud mental, geriatría, atención hospitalaria, urgencias extrahospitalarias y enfermería del trabajo.



**Gráfico 2: Relación de la experiencia laboral en otros ámbitos de la salud, además del penitenciario.**

En relación con la **formación curricular** de la muestra, el 89,3% de los informantes describe que ha cursado estudios de postgrado y master en áreas como la **salud mental** y las **urgencias** por encima del 26% respectivamente, así como en **drogodependencias**, **atención primaria** y **ciencias sociales** con un 12%. A continuación se detallan las áreas formativas de la muestra participante:



		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Áreas formativas	Drogodependencias	6	10,7	12,0	12,0
	Salud mental	13	23,2	26,0	38,0
	Gestión	1	1,8	2,0	40,0
	Atención primaria	6	10,7	12,0	52,0
	Urgencias	13	23,2	26,0	78,0
	Infecciosas	1	1,8	2,0	80,0
	Ciencias sociales	6	10,7	12,0	92,0
	No menciona área	4	7,1	8,0	100,0
	<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>89,3</b>	<b>100,0</b>	
	Perdidos sistema	6	10,7		
	<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>		

**Tabla 11: Relación de áreas formativas de postgrado y master de los enfermeros penitenciarios.**

Las áreas en las que los participantes han desarrollado su formación curricular coinciden con las contribuciones de Schoenly & Knox (2013) y Coll (2014) en relación a los fundamentos y formación específica que debe integrar el enfermero que trabaja en los centros penitenciarios.

Estos datos sociodemográficos nos perfilan y aportan una información de gran definición y relevancia para caracterizar la muestra del estudio que hemos llevado a cabo:

CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA (n=56)	
<b>Participación: 62,9%</b>	
<b>Edad media: 46 años (<math>\pm 8,6</math>)</b>	
<b>Sexo: Hombre: 21,4%; Mujer: 78,6%</b>	
<b>Representación de todos los centros penitenciarios catalanes, con atención a población reclusa: mujeres, hombres y jóvenes</b>	
<b>Trayectoria profesional como enfermero: 20,6 años (<math>\pm 9,5</math>)</b>	
<b>Experiencia laboral como enfermero en centros penitenciarios:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• &gt; 11 años: 71,4%</li> <li>• 76,8% ha trabajado en 2 o más centros penitenciarios</li> </ul>	
<b>Experiencia laboral otros ámbitos de la salud: &gt; 2 ámbitos: 70%</b>	
<b>Formación segundo ciclo (postgrado-master): 89,3% en áreas como salud mental, drogodependencias, atención primaria, urgencias y ciencias sociales.</b>	

**Tabla 12: Caracterización de la muestra de estudio.**

**e) ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

Seguimos con el proceso de investigación del método de encuesta, donde la siguiente acción que nos lleva a progresar en nuestro desarrollo de la investigación es codificar las variables e ítems que aparecen en el cuestionario, las cuales nos han llevado a resolver los objetivos planteados.

Para ello se ha elaborado un libro de códigos (anexo 2) donde se recogen todas las variables-ítems-preguntas con el propósito posterior de tabulación y análisis de los datos recogidos en los cuestionarios devueltos debidamente complementados.

De nuestra codificación se desprende la matriz que hemos tenido que construir para la introducción de los datos recogidos en los cuestionarios. Se ha diseñado una matriz en el programa estadístico SSPS v.21. Posteriormente, la investigadora ha gestionado la introducción de los datos de los cuestionarios.

Comentar que se ha tenido que variar la codificación inicial de las variables que corresponden a las preguntas 10, 12 y 14 del cuestionario, ya que son preguntas que contemplan la posibilidad de 1 o más respuestas. Solventada esta apreciación, la introducción de los datos se ha llevado a cabo sin ningún problema para la proyección del futuro análisis.

**5.1.2 SEGUNDA ETAPA: MÉTODO COMPRENSIVO DESDE UNA PERSPECTIVA ETNOMETODOLÓGICA**

Complementariamente al método de encuesta y retomando las primeras líneas de este capítulo metodológico, estamos enfrente de un fenómeno y contexto de estudio complejo y, queriéndonos alejar de un pensamiento disyuntivo y reductor, los contextos contribuyen en su configuración y lo cotidiano, con su multipresencia en la vida social, a originar un saber que debe recuperarse por el pensamiento reflexivo.

Así pues, se intenta comprender las situaciones complejas y cambiantes que el grupo de enfermeros penitenciarios experimenta en su proceso de socialización en un contexto único. El abordaje de esta información se realizará a partir de las vivencias y experiencias de estos profesionales desde el planteamiento de los siguientes objetivos:

- 1.3. Identificar los actores, símbolos, códigos, significados y lenguaje del contexto penitenciario (favorecedores y dificultosos) en la socialización profesional del enfermero penitenciario.
- 1.4. Interpretar las experiencias y vivencias del enfermero que desarrolla sus cuidados enfermeros en el contexto penitenciario.

Hemos incorporado a la investigación de encuesta un enfoque etnometodológico para poder abordar este proceso etnométodo y poder generar un modelo del proceso de socialización del enfermero penitenciario.

Experiencias como las de Cubells (2005) donde destaca que considerar que el lenguaje es una forma de acción antes que una forma de representación implica reconocer el poder constructivo del mismo. La comunidad jurídica se caracteriza por el uso de un lenguaje técnico, así como por la referencia a acuerdos propios de la disciplina (normas y leyes) de tal manera que construyen las descripciones de los hechos como si éstas fueran independientes de las personas que las producen. De esta manera el discurso empírico construye la práctica jurídica como objetiva a partir de describir el ritual que se caracteriza por realizar operaciones rutinarias y procedimientos analíticos normalizados. Por este motivo, hemos intentado identificar los símbolos, códigos, lenguaje, normas y significados para describir y comprenderlos dentro del proceso de socialización del enfermero que vive y convive en un contexto único. Reconocer un proceso de reconstrucción de los hechos implica asumir que el contexto penitenciario es una construcción social en la que las normas, las leyes y procedimientos resultan del consenso de la comunidad penitenciaria.

La etnometodología es una corriente sociológica de pensamiento del autor Garfinkel en 1967, cuyos orígenes se sitúan en torno a la tradición fenomenológica. El pensamiento de Garfinkel se centra en el razonamiento práctico de las personas. En el método que los hombres utilizan para atribuir significado y realizar acciones diarias (toma de decisiones, pensamientos, etc). La etnometodología se caracteriza por la comprobación de regularidades atribuibles a lo que se denomina microleyes, y además, se complementa en cómo explicarlas. La etnometodología acentúa el análisis cualitativo puntualizado por las pautas de la interacción social, en la forma que los individuos crean y construyen sus formas de vida, el orden y las reglas sociales. No se centra en el qué de las realidades humanas cotidianas sino en el cómo. No considera el lenguaje como algo neutro, no es lenguaje e interacción, es lenguaje en interacción, que posee una secuencia estructurante del contexto y su significado (Vásquez & Arango, 2011).

Estas características de la perspectiva etnometodología nos complementarán la descripción y comprensión del fenómeno de la socialización del enfermero penitenciario, proporcionado mediante las palabras, las acciones y los relatos de las situaciones sociales construidas por sus participantes. Se ha explorado la situación diaria del enfermero que desarrolla sus cuidados en prisión, pues contamos con un ámbito de la salud diferente a la atención hospitalaria, la atención primaria y otros ámbitos, donde atiende a una población con singularidades sociodemográficas y

sanitarias: clasificación individual según el centro penitenciario (hombre, mujer o joven), privación de libertad, dilemas éticos, rutinas, lenguajes, movimientos, saber identificar lo correcto de su actuación sometido a normativa, reglamentación, evitando situaciones de riesgo, marcada por la seguridad como elemento transversal presente en la actuación de este profesional.

Según Gonnet (2011) la etnometodología rescata una dimensión reflexiva de las prácticas sociales y en esta dirección, la reflexividad hace referencia al carácter cognitivo que se encuentra involucrado en la producción e interpretación de toda práctica social. Garfinkel reconoce que los procedimientos (etnométodos) poseen un doble nivel cognitivo (simétrico). Por un lado, facilitan y guían el desarrollo de las acciones y por el otro, permiten la interpretación de esas mismas acciones. Estos procedimientos tienen que ver con habilidades, recursos, presuposiciones, etc., que permiten analizar, localizar, identificar, dar explicaciones e interpretar cursos de acción en la vida cotidiana. Este elemento aporta a la investigación la comprensión del saber establecido en el equilibrio entre la atención sanitaria y de custodia. Según la experiencia del enfermero en el contexto penitenciario, sumada a la experiencia en otros ámbitos de la salud es capaz de reflexionar, analizar, localizar y dar explicaciones a sus actuaciones como profesional sanitario en un contexto donde las normas rigen su actuación, así como cumplir con la ética profesional y la demanda institucional. Los actores usan los procedimientos reflexivos para hacer y desarrollar sus actividades cotidianas y para interpretar y hacer explicables esas mismas acciones. Los cómo de estos logros no son problemáticos para los miembros, no obstante, son fundamentales para la inteligibilidad, la eficacia y la eficiencia de toda práctica ya que facilitan la comprensión y la aceptación. El manejo de los asuntos cotidianos de los reclusos da por sentado que los otros aplican y usan los mismos métodos. Esta confianza es inherente a toda interacción social.

El enfoque etnometodológico nos genera comprensión e interpretación de la práctica profesional sanitaria en prisión. Nos beneficiamos de la prisión, como sistema social normativo y rutinario para comprender las prácticas y las acciones de los diferentes actores que configuran la comunidad penitenciaria: recluso, funcionario, tratamiento y sanitario. Seguimos las normas por una cuestión de economía de las prácticas, y contemplamos la posibilidad de ruptura siempre como un fenómeno posible. Toda desviación es explicable, analizable y comprensible desde la reflexividad inherente a todo contexto social, y en el caso que nos ocupa, la prisión. La reflexividad emerge en el desarrollo de las prácticas mismas, bajo el supuesto de la reflexividad, los miembros de las prácticas desarrollan mutuas expectativas acerca de la posibilidad de sostener el orden. Este ir y venir reflexivo de las prácticas diarias nos lleva a justificar nuestras actuaciones como cuestionables o incuestionables, ya que el margen de explicación puede ser dilatado o insuficiente.

Para poder explorar la situación tal y como la viven y la construyen los enfermeros penitenciarios en las prisiones catalanas hemos tenido que complementar las perspectivas de estos profesionales descritas mediante el método de encuesta con un enfoque etnometodológico del fenómeno estudiado. Hemos recogido sus experiencias y vivencias y convertido lo familiar en extraño, anotando todo lo que es considerado evidente y analizando la relación entre la situación y su contexto para poder generar un modelo de socialización del enfermero penitenciario. Otro elemento destacado de este enfoque metodológico, es la figura del investigador por dos razones: el investigador debe permanecer durante un tiempo en el lugar de estudio y es el instrumento base de la investigación (Latorre et al., 1996). Esas características también confluyen en nuestra investigación ya que la investigadora es parte de la población de estudio y actúa como participante investigadora en este proceso descriptivo-comprensivo.

Esta perspectiva nos permite una innovación categorial y la creación de conceptos nuevos para acceder con mayor agudeza a la observación de la vida social de la prisión. La formación de nuevas categorías de pensamiento que nos permitan contemplar regiones sociales hasta ahora invisibles, implica un proceso de ajuste, readaptación y transformación de las categorías de pensamiento para focalizarlas en el análisis del presente. Un conocimiento crítico de las categorías del pensamiento nos puede servir de apoyo para la innovación de ideas y conceptos (Gordo & Serrano, 2008). Este enfoque no permite caracterizar e interpretar las vivencias y experiencias del enfermero en prisión para así generar un modelo de socialización, y poder aportar propuestas para el itinerario académico del título de grado en enfermería, la formación de segundo ciclo, así como otras propuestas formativas.

#### **a) TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS: ESTRATEGIAS CUALITATIVAS**

En esta etapa se utilizarán dos estrategias diseñadas para este propósito: la entrevista individual en profundidad y la observación participante. La triangulación de estos dos recursos recoge relatos/observaciones de diferentes experiencias de los participantes con la intención de contrastarlos para confirmar la información e interpretaciones. A continuación, definimos las estrategias elaboradas para recabar la información necesaria:

- **1 ENTREVISTA INDIVIDUAL EN PROFUNDIDAD:** la entrevista es una estrategia cualitativa que permite recoger una gran cantidad de información de una manera más cercana y directa entre investigador y sujeto de investigación. *"Las entrevistas constituyen una fuente de significado y complemento para el proceso de observación. Gracias a la entrevista podemos describir e interpretar aspectos de la realidad que no son directamente observables: sentimientos, impresiones, emociones, intenciones o pensamientos, así como acontecimientos que ya ocurrieron con anterioridad"* (Del

Rincón *et al.*, 1995: 334, citado por Mayorga, 2004). El entrevistador debe tener la pericia necesaria para obtener la información que precisa y, por supuesto, saber interpretarla y otorgarle un significado en relación al contexto del sujeto entrevistado; porque la información que va a proporcionar la entrevista es de dos tipos: descriptiva y evaluativa (Fear, 1979, citado por Mayorga, 2004).

El **objetivo de la entrevista** es explorar las experiencias y vivencias del enfermero con los agentes sociales, normas, códigos, valores y ética que ocurren en el contexto penitenciario para su socialización.

Se ha diseñado un guion para la entrevista semiestructurada (anexo 3) con la intención de provocar al informante, y al mismo tiempo dejarle que construya su discurso. La duración prevista para la ejecución de la entrevista es entre 45-60 minutos, aunque el devenir de su desarrollo lo ha marcado cada informante clave según su discurso y relatos.

En la secuencia de las preguntas del guion, se ha desarrollado la estructura siguiente:

- Preguntas de fase inicial: son preguntas exploratorias, descriptivas. Preguntas neutrales de la pregunta 1 hasta la 5.
- Preguntas de fase intermedia: son preguntas donde el entrevistado o entrevistada aportará información potente y de gran relevancia para el objetivo de la entrevista. Preguntas de la 6 a la 21.
- Preguntas de fase final: son preguntas de valoración, fáciles y relajadas para cerrar la entrevista. Preguntas 22 y 23.

**SELECCIÓN DE LA MUESTRA:** el criterio de selección de la muestra a la que se ha aplicado esta estrategia ha sido por intencionalidad y accesibilidad. La investigadora ha considerado como elementos clave de los entrevistados: larga experiencia como enfermero penitenciario; experiencia laboral en diferentes ámbitos de la salud, así como en diferentes centros penitenciarios. Se ha seleccionado a informantes clave que aportaran información relevante por haber tenido relación con diferentes poblaciones de reclusos: mujeres, hombres y jóvenes, y con larga continuidad laboral en el ámbito penitenciario. En la actualidad deben estar en activo.

El setting de la entrevista ha sido acordado con el informante según su disponibilidad, preservando su confidencialidad y anonimato, estableciendo un nivel de confianza y relación con la intención de crear un clima de agradable y acogedor. La entrevista se ha registrado mediante grabación de voz con la autorización previa del entrevistado o entrevistada. Después de la grabación se ha realizado la transcripción literal del discurso y relatos aportados por el

participante-enfermero con la intención de ofrecer credibilidad a su discurso en el momento de analizar las experiencias y vivencias que desarrolla el enfermero penitenciario en su día a día en prisión.

Se llevaron a cabo 4 entrevistas a enfermeras con enriquecedoras trayectorias penitenciarias:

- E1R: enfermera que lleva trabajando en prisiones más o menos 9 años. Ha trabajado en varios centros penitenciarios: Quatre Camins y Brians 2 que son centros de penados, de Jóvenes y en Dones. También, ha trabajado en diferentes ámbitos de la salud: en primaria, en enfermería de empresa y en hospitalaria en diferentes servicios, también en urgencias extrahospitalarias. Lleva trabajando como enfermera desde el 2005 (11 años). También trabajó 1 año como auxiliar de enfermería. La entrevista ha tenido una duración de 50 minutos aproximadamente.
- E2L: enfermera que lleva sobre cinco 5 años trabajando en prisiones. Ha trabajado en un par de centros penitenciarios: Quatre Camins y en Jóvenes. En el centro actual, Quatre Camins llevo casi el total de los cinco años. Ha trabajado en otros ámbitos de la salud como hospitalaria en diferentes servicios: en urgencias, en ginecología, en oncología y en otros servicios. También en un centro de diálisis, en salud pública y drogodependencias. Como enfermera ahora lleva 22 años. La entrevista ha tenido una duración de 45 minutos aproximadamente.
- E3A: enfermera que lleva 34 años de experiencia como enfermera en prisiones. Experiencia en otros ámbitos de salud: empezó en hospitalaria en diferentes servicios: UCI, infecciosos, respiratorio, cardiología, reanimación. Luego trabajó en primaria 11 años, de los cuales compaginó los últimos 8 con prisiones. Puede hablar como gestora, ya que ha sido durante 22 años directora del personal de enfermería de prisiones. La entrevista ha tenido una duración de 1 hora aproximadamente.
- E4N: enfermera que lleva trabajando en prisiones más de 20 años. También, ha trabajado en atención primaria y en la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia, atendiendo las necesidades sanitarias de esos niños y adolescentes.

• **2 OBSERVACIÓN PARTICIPANTE:** la observación tiene un carácter intencional y sistemático. La observación se presta a un análisis reflexivo sobre la manera como el actor social elabora sus percepciones, conocimientos y comportamientos. Según la posición que adopta el investigador frente a los comportamientos observados, esta se distingue entre observación externa y observación participante. La observación participante es una modalidad donde el observador comparte la vida de la comunidad o del grupo observado, participa en los procesos sociales. De esta manera es más fácil llegar a recoger las normas, las valoraciones culturales y las

percepciones de los individuos, así como la significación de los comportamientos observados (Roigé, Estrada, & Beltran, 1995). Se configura como una herramienta necesaria a la hora de entender la cotidianidad vivida y las múltiples formas en las que manejamos y construimos el sentido de nuestra identidad en contextos concretos. Esta estrategia nos da cuenta de cómo en la vida social se entrelazan sentidos y prácticas. Nos acercamos a nuestro objeto de estudio de forma más directa, al vernos envueltos en los ámbitos y las prácticas concretas de aquello que queremos estudiar. Es una mirada desde dentro por alcanzar el discurrir situado de los agentes sociales implicados en el fenómeno. Permite aproximarnos a la experiencia de los agentes sociales, y a sus escenarios de interacción (García & Casado, 2008).

La estrategia de la observación participante aportará un análisis reflexivo a la investigación sobre la manera como el enfermero penitenciario elabora sus percepciones, conocimientos y comportamientos, así como las normas y valoraciones de la cultura carcelaria entorno a su práctica profesional. Es preciso desafiar el principio de identificación afectiva entre el investigador y su objeto de investigación, sustituirlo por el principio de falta de familiaridad, por medio del cual intentamos localizar lo extraño de los significados que aparentemente resultan familiares y asumidos (García & Casado, 2008).

Los participantes como actores sociales racionales cuyas actitudes y experiencias pueden descubrirse y describirse nos adentran en la vivencia social y cultural de su atención enfermera en prisión. Con esta estrategia pretendemos observar que agentes sociales, normas, códigos, lenguajes y roles participan en la vivencia y experiencia del enfermero que desarrolla sus cuidados en prisión.

Pero otro lado, no debemos olvidar que la investigadora se enfrenta a la situación de tener que ahondar en su propia mente con el fin de extraer cualquier predisposición o prejuicio que pudiera tener. La reflexión sobre los efectos de la intervención del investigador optimiza el hecho de que un individuo o equipo se adentren en un campo y pasen a describirlo desde la posición privilegiada que ofrece una institución, como en este caso es la prisión, tendrá un efecto enorme no sólo en la forma que adoptarán sus descripciones sino, también, en los propios participantes que intentan clarificar lo qué hacen y cómo resultar inteligibles para terceros (García & Casado, 2008).

El acercamiento al fenómeno de la socialización del enfermero penitenciario mediante esta estrategia nos ha permitido tensar la información que nos ha aportado la primera fase del diseño metodológico desde la investigación de encuesta. Nos ha aportado una descripción detallada y contextualizada de algunos discursos y prácticas de los informantes, dónde se destaca la



construcción de sentidos, induciendo a la descripción sensible de los puntos de vista de los protagonistas y perseguir cierto trasfondo de la intencionalidad y reconstrucción de las conexiones discursivas y no discursivas, ya que la observación participante siempre es situada.

Se ha recogido la observación mediante un diario de campo, donde los elementos recolectados se han separado de la complejidad y la abstracción para intentar minimizar la dificultad de la interpretación en la entrada de las informaciones. El registro de este material nos aporta riqueza y las experiencias de los actores que participan de la práctica dentro de prisión. En los registros deben quedar bien delimitados nuestras formas de interacción, así como los escenarios de los que hablamos, los campos de fuerza que hemos reconocido y con ellos el peso y posición con que se invisten los actores y acciones para que el posterior análisis y conclusiones sean sensibles al problema de la generalización e idiosincrasia de las miradas, siempre particulares, del investigador (García & Casado, 2008).

El espacio donde se ha realizado la observación participante es un centro penitenciario situado en la localidad de La Roca del Vallès (Barcelona). Es el Centro Penitenciario Quatre Camins. Se ha escogido dicho centro ya que la investigadora trabaja de forma continuada en horario de mañana y tarde, además de realizar guardias nocturnas y de fines de semana. La presencia en el campo y la vinculación con las personas que son objeto de estudio durante un período largo de tiempo son necesarias porque permiten reunir, en su ambiente natural, datos sobre el comportamiento de las personas y los acontecimientos, y situarlos en el contexto en el que adquieren significación, lo que facilita su comprensión (Serra, 2004). La cotidianeidad de su presencia le ha permitido establecer un tipo de relación que favorece la obtención de datos que de otro modo serían muy difíciles de lograr y de comprender, y sin provocar cambios significativos en el comportamiento de las personas que le rodean.

Estamos hablando de un centro de estructura radial, con presencia de 1350 reclusos en la actualidad. La población reclusa ingresada responde a las siguientes características: hombres a partir de 21 años y cumpliendo penas privativas de libertad con sentencia judicial firme. La distribución del centro opera en 13 módulos y un departamento de enfermería (no incluye al paciente afecto de patología psiquiátrica, departamento aparte) de un total de 24 camas. En términos generales, cada módulo dispone de un consultorio sanitario, el búnker destinado a la vigilancia por parte del personal de seguridad, una sala de día (polivalente), zona de comedor y patio, menos la distribución del Departamento de Régimen Cerrado (DERT) que dispone de una estructura diferente por temas de alta seguridad. La sala común de los profesionales sanitarios dispone de espacios para diferentes especialidades (medicina interna, odontología, dermatología, traumatología, radiología, cirugía), así como una sala para las urgencias.

El número de enfermeros que conforman el equipo asistencial de Quatre Camins es de 13 profesionales, divididos en turno de mañana y tarde según cargas asistenciales.

Los horarios laborales de los enfermeros en el centro penitenciario son de 8,30 a 15h y de 14,30 a 21h, todos los días de la semana. El desarrollo de su atención asistencial durante este horario es de carácter programado, espontáneo y de urgencias. Para cubrir la nocturnidad, la presencia del enfermero es de 21 a 9h del día siguiente; y durante los fines de semana y festivos, la cobertura asistencial es de 24 horas (de 9 a 9h del día siguiente). La atención asistencial nocturna solo es de carácter urgente, además del control de los pacientes que están en aislamiento psiquiátrico o en contención mecánica<sup>6</sup>. Y durante los fines de semana y festivos es de carácter programado y de urgencias, además del control de los pacientes que están en aislamiento psiquiátrico o en contención mecánica.

Los enfermeros, su práctica asistencial diaria la comparten con 10 médicos y 12 técnicos en curas de enfermería (TCAI). Por las noches, el enfermero forma equipo de guardia con un médico, y durante la asistencia de los fines de semana y festivos, el enfermero desarrolla su trabajo en equipo con un médico y 4 TCAI durante el horario de 8,30 a 20,30h.

El equipo de funcionarios<sup>7</sup>, es decir el personal de vigilancia, está presente en cualquier atención que el enfermero deba proporcionar al paciente-recluso, tanto en situación de asistencia programada, espontánea o de urgencia, así como, en el seguimiento del paciente en aislamiento psiquiátrico o de contención mecánica.

La asistencia programada y espontánea se desarrolla en las dependencias del consultorio sanitario de los módulos residenciales donde viven y conviven los reclusos. La asistencia urgente se atiende en la sala de urgencias, donde el recluso es trasladado a la menor brevedad posible acompañado por funcionarios.

<sup>6</sup> Según el Institut Català de la Salut (2015) en su documento interno "Procediment de contenció mecànica centres penitenciaris de Catalunya" entendemos por contención mecánica: "[...] qualsevol mètode o dispositiu físic o mecànic que limiti els moviments d'una part o de la totalitat del cos. En la seva aplicació tenen gran rellevància aspectes medico legals i ètic deontològics per confrontar els principis d'autonomia (limitació de la llibertat de l'individu) i de beneficència (desig de protecció de l'individu, professionals i entorn)" (p. 3).

<sup>7</sup> Según el Codi Bàsic de Legislació Penitenciària art. 65 Mesures de seguretat interior: "Les actuacions encaminades a garantir la seguretat interior dels establiments consisteixen en l'observació dels interns, els recomptes de la població reclusa i els escorcolls, els escorcolls personals, les requisicions, els controls i les intervencions [...]" (p.116).

**b) TÉCNICAS DE ANÁLISIS**

En la metódica del análisis cualitativo las etapas no se suceden unas a otras, como ocurre en el esquema secuencial de los análisis convencionales, sino que se produce lo que algunos han llamado una aproximación sucesiva o análisis en progreso, o más bien sigue un esquema en espiral que obliga a retroceder una y otra vez a los datos para incorporar los necesarios hasta dar consistencia a la teoría concluyente. El análisis cualitativo es un proceso dinámico y creativo que se alimenta, fundamentalmente, de la experiencia directa de los investigadores en los escenarios estudiados. Los datos son a menudo muy heterogéneos y provienen tanto de entrevistas (individuales y en grupo), como de observaciones directas, de documentos públicos o privados, de notas metodológicas, etc., cuya coherencia en la integración es indispensable para recomponer una visión de conjunto. Aunque todos los datos son importantes, se precisa de una cierta mirada crítica para distinguir los que van a constituir la fuente principal de la teorización (ej. un relato biográfico) de los que sólo aportan información complementaria o ilustran los primeros (ej. cartas, fotografías, etc.). Huberman y Miles proponen tres subprocesos vinculados entre sí para realizar el análisis: a) la reducción de datos, orientada a su selección y condensación y se realiza bien anticipadamente o una vez recolectados mediante la elaboración de resúmenes, codificaciones, relación de temas, clasificaciones, etc.; b) la presentación de datos, orientada a facilitar la mirada reflexiva del investigador a través de presentaciones concentradas (resúmenes estructurados, sinopsis, croquis, diagramas, etc.); c) la elaboración y verificación de conclusiones, en la que se utilizan una serie de tácticas para extraer significados de los datos (comparación/contraste, el señalamiento de patrones y temas, la triangulación, la búsqueda de casos negativos, etc.) (Amezcuza & Gálvez, 2002).

En nuestro estudio, el trabajo de análisis de la observación participante deriva de la reflexión sobre lo observado desde los objetivos de nuestra investigación. Las diferentes entradas en el diario de campo nos ayudan a ordenar la experiencia observada y nos explica esa conexión entre los modos de entender y actuar, entre discursos y prácticas. La transcripción de las entrevistas y la recogida de datos de las prácticas e interacciones sociales entre los agentes sociales que participan en la socialización del enfermero penitenciario derivadas de la observación participante se analizarán mediante el programa de análisis de contenido NVivo PRO V.11. Las categorías para el análisis procederán de la tabla de especificaciones elaborada desde la consulta del marco teórico, así como la posibilidad de incorporar nuevas categorías a la investigación.

Se han planteado diversas estrategias para verificar la validez de los resultados del análisis, como buscar explicaciones en rivalidad para ver si pueden ser avaladas por los datos recabados, o analizar casos negativos para ver si son más relevantes que los positivos. Pero sobre todo se

alude a la triangulación como el mejor procedimiento para fortalecer el análisis. Triangular supone utilizar diferentes estrategias para estudiar el mismo problema: diferentes técnicas para obtener los mismos datos, diferentes sujetos para responder la misma pregunta, diferentes investigadores para un mismo análisis, o diferentes teorías para explicar un mismo fenómeno (Amezcuca & Gálvez, 2002; Latorre et al., 1996).

En el presente estudio utilizaremos la triangulación para verificar la validez de los datos con diferentes estrategias de obtención de información (cuestionario, entrevista individual en profundidad y observación participante). Es una estrategia altamente eficaz para el control de la credibilidad, permitiendo garantizar la independencia de los datos respecto al investigador (Latorre et al., 1996).

## **5.2 ÉTICA Y RIGOR CIENTÍFICO**

Los investigadores tienen que prestar atención a los principios que guían su actividad profesional. Por ello, es conveniente que se establezcan obligaciones éticas por las cuales se ha de regir la investigación. Detallaremos algunas:

- Nadie tiene derecho a entrar en la vida de otra persona para investigar sin su consentimiento y aceptación consciente y libre.
- El investigador solo puede hacer uso de la información obtenida para los fines previstos y conocidos por los individuos que han participado en la investigación.
- Cuando se investiga con personas se ha de tener presente que éstas tienen unos derechos que se han de respetar por encima de todo.

La ética considera importante evitar males innecesarios físicos o psíquicos, así como la obligación del investigador para asegurar la calidad científica de la investigación. La función del investigador podría quedar desvirtuada sino tiene en cuenta la exactitud durante el proceso de la investigación, el manipular la información obtenida o el apropiarse de trabajos de otros investigadores (Latorre et al., 1996).

Des del inicio de esta investigación se han mantenido estas obligaciones y normas éticas, en este sentido se presentó a los enfermeros los objetivos, motivación y naturaleza de este estudio, así como el método de recogida de información y su propósito.

Un aspecto importante ha sido mantener la confidencialidad utilizando cuestionarios anónimos y voluntarios. En relación a las entrevistas, se ha mantenido el anonimato durante el discurso y se han codificado para preservar la identidad de las entrevistadas.

El reto de esta investigación ha sido poder dar razones creíbles o pruebas suficientes para interpretar la realidad actual de la enfermería penitenciaria y presentar como aceptable y verosímil una forma de evaluar una realidad y de actuar delante de un problema o conflicto educativo o social (Rodríguez-Rojo, 2000).

En el desarrollo de esta investigación, se ha tenido en cuenta el rigor científico transversalmente a los métodos empleados y técnicas diseñadas para obtención y análisis de los datos. En la exploración del fenómeno, la realidad que se observa o analiza con múltiples explicaciones y significados se convierte en realidades tangibles y singulares reconstruidas a través de la versatilidad del investigador, lo cual confiere que el rigor adquiera un valor, ya que no solo se trata de una adherencia a las normas y reglas establecidas sino que se relaciona con la preservación y fidelidad del espíritu del trabajo cualitativo (Sandelowski, 1993, citado por Noreña, Alcaraz, Rójas, & Rebolledo 2012).

Los criterios que se han tenido en cuenta para validar la información desde la perspectiva cuantitativa y cualitativa en esta investigación han sido los siguientes:

- Credibilidad: el cuestionario ha seguido el proceso de validación por jueces y se ha realizado la prueba piloto. La recogida del material ha sido minuciosa y detallada. La principal estrategia que se ha utilizado para incrementar la credibilidad ha sido la triangulación de datos contrastando la percepción de los enfermeros (cuestionarios) con las experiencias de los mismos (entrevistas). Asimismo, las experiencias y vivencias se han triangulado con la observación participante que la investigadora ha aportado mediante el diario de campo. También, se ha realizado una recogida de material de adecuación referencial mediante las grabaciones en audio de las entrevistas realizadas.

Además, durante las entrevistas se ha ido realizando comprobación con los participantes contrastando continuamente los datos e interpretaciones con los participantes.

- Transferibilidad: este criterio nos permite la aplicabilidad de una serie de resultados a otros contextos. Para ello, hemos propuesto un muestro teórico donde la muestra es la población y se ha seleccionado por intencionalidad y accesibilidad, con el propósito de buscar maximizar la cantidad de información recogida para iluminar el proceso de

socialización del enfermero penitenciario. Por otro lado, se ha realizado una descripción densa y exhaustiva del contexto con el fin de establecer correspondencias con otros contextos posibles y hacer más extensivas las generalizaciones.

- Dependencia: con este criterio consideramos el grado en que los resultados se pueden volver a replicar en sujetos o contextos similares. Para ellos se han establecido pistas de revisión haciendo descripciones minuciosas de los participantes tanto del cuestionario, de las entrevistas, así como del contexto donde se ha llevado a cabo la observación participante. Por otro lado, se han utilizado métodos solapados recogiendo información de los sujetos cuestionario-entrevista-observación participante con el fin de compensar las deficiencias y ventajas, y favoreciendo la complementariedad.
- Confirmabilidad: para este criterio se han empleado descriptores de baja inferencia como la transcripción textual de las entrevistas para que los registros del fenómeno fueran lo más precisos posibles.

## **6. RESULTADOS OBTENIDOS**

---

Llegados a este punto, y después de explicar, detallar y señalar el proceso metodológico descriptivo-comprensivo que hemos diseñado para acercarnos al problema de estudio, expondremos los resultados recabados con la intención de dar respuesta a los objetivos planteados para esta investigación. Responderemos a los objetivos descritos en cada etapa del proceso de investigación, con el propósito de que sean complementarias entre ellas, para acercarnos a la realidad del fenómeno de estudio desde una perspectiva global y compleja, no disyuntiva ni fragmentada.

Los objetivos con **finalidad descriptiva** responden a la identificación del **perfil y las competencias** que desarrolla el enfermero penitenciario necesarias para su socialización en este contexto; y a la **descripción de las competencias** (conocimientos, habilidades y valores) que desarrolla el enfermero para socializarse en la institución. Esta información es el resultado de triangular la técnica del cuestionario y la entrevista. De forma complementaria a los anteriores objetivos más descriptivos, el trabajo también permite profundizar en el contexto, las experiencias y las vivencias del enfermero en prisión a través de las estrategias cualitativas (entrevista y observación) desde un enfoque etnometodológico.

A continuación, vamos a presentar los resultados obtenidos desde esta doble perspectiva.

### 6.1. PERFIL PROFESIONAL DEL ENFERMERO PENITENCIARIO

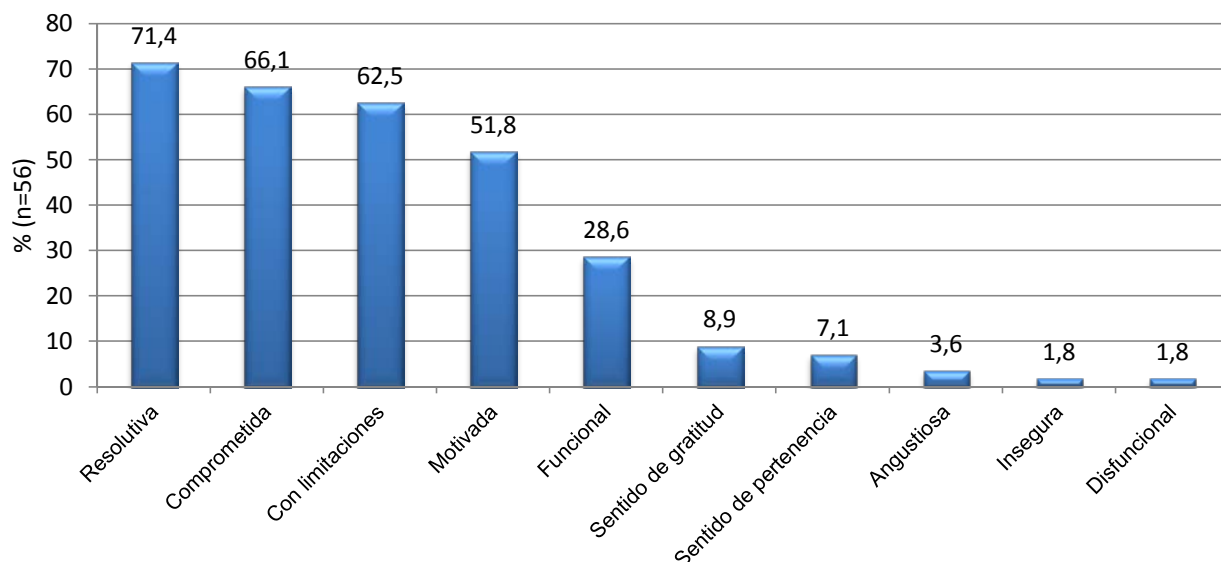
Con el cuestionario hemos querido identificar esta dimensión aportando la descripción en las siguientes categorías: rol profesional, identidad profesional, experiencia previa al contexto penitenciario en otros ámbitos de la salud, la mirada hacia el paciente-recluso y la relación profesional con el equipo de seguridad. Paralelamente, aportamos informaciones de los discursos de las entrevistas en profundidad que se realizaron a 4 enfermeras con diferentes experiencias penitenciarias y que se incluyen en la caracterización de la muestra.

#### ROL PROFESIONAL

Respecto al **rol profesional** que adopta el enfermero penitenciario en sus cuidados hacia el paciente en su día a día en prisión, de las respuestas aportadas por los participantes hemos obtenido los datos referentes a la pregunta 10 donde debían indicar como describirían su atención hacia el paciente. Les preguntamos si ésta atención es motivada, comprometida, resolutive, con limitaciones, funcional, disfuncional, con sentido de gratitud, con sentido de pertenencia, angustiosa, insegura, ansiosa y/o con temor o miedo.

Los enfermeros se han identificado con una atención **resolutiva** (71,4%), **comprometida** (66,1%), **con limitaciones** (62,5%), **motivada** (51,8%) y **funcional** (28,6%). El sentido de gratitud y pertenencia lo han referido en el 8,9% y 7,1% de los casos, respectivamente. La atención angustiosa, insegura y disfuncional están referidas por debajo del 3,6%, mencionado por solo 4 individuos de la muestra. Por otro lado, cabe destacar que la atención ansiosa o con temor o miedo no ha sido expuesta por ningún enfermero.

### Rol profesional del enfermero penitenciario



**Gráfico 3: Rol profesional del enfermero penitenciario.**

Los enfermeros en prisión disponen de recursos materiales muy antiguos, adaptados por el propio profesional según las necesidades de su atención, y en muchos otros casos esos recursos ni existen por lo que el profesional debe recurrir a su talento para elaborar un recurso para una finalidad concreta. Estas circunstancias configuran un profesional **resolutivo**,

*“[...] me parece resolutivo el trabajo que hacemos, porque además tenemos unos medios mediocres, nunca mejor dicho. A ver! Hablo de la prisión donde yo trabajo y los medios que tenemos son mediocres.” (E2L)*

*“Por ejemplo: para sacar un tapón de oídos en el exterior tú este material ya lo tienes, en una prisión a veces no, tienes que tener creatividad, agilizar, y todo depende de la circunstancia y del paciente.” (E2L)*

Son diversas las atenciones en las que este profesional en prisión interviene y muchas de ellas son situaciones arriesgadas y peligrosas: entrar en una celda, administrar medicación a un paciente heteroagresivo, atender en un patio donde hay un número importante de reclusos concentrados, etc. Por mucha incertidumbre que conlleve el lugar y la situación, este profesional desarrolla un trabajo difícil y **comprometido**:

*“Pienso que es un trabajo comprometido y que es importantísimo el trabajo en equipo, pero no solo del equipo sanitario.” (E2L)*

Cuando los encuestados nos han referido que su rol es **funcional** es porque son capaces de adaptarse a las situaciones que suceden en prisión. Son diferentes los espacios en los que el enfermero debe dar asistencia, ya sea por asistencia programada o asistencia urgente. Por



ejemplo, la asistencia programada se desarrolla en la consulta del módulo o en la consulta del departamento de enfermería/psiquiatría donde están ingresados los internos convalecientes por procesos de enfermedad orgánica o psiquiátrica estaríamos refiriéndonos a la asistencia programada. Es un espacio sanitario donde se dispone de material y recursos para desarrollar su asistencia. Por otro lado, la asistencia urgente se puede dar en diferentes dependencias del centro penitenciario: en la celda, en el gimnasio, en talleres, en comunicaciones así como en un patio. Son entornos imprevistos en los que el enfermero debe adaptar su asistencia a las necesidades que requiere el paciente. Para ello se debe conocer muy bien la estructura del centro penitenciario para desplazarse, así como seleccionar el material imprescindible para dicha asistencia.

Muestra de ello son los discursos de las enfermeras en las entrevistas donde aportan ideas en relación a su **rol funcional**:

*“Mi atención enfermera en prisiones es funcional porque soy una persona que me adapto a las circunstancias, o por lo menos esto es lo que he descubierto con el paso de los años. Si tienes que atender en una celda, en un gimnasio o en unas instalaciones de una piscina, lo haces!! Al final piensas que es funcional o que tú eres capaz de adaptarte a ello.” (E1R)*

*“Si hablamos de nuestro trabajo, creo que si es funcional porque eres tú mismo el que haces el esfuerzo de adaptarte a las circunstancias.” (E2L)*

*“Por parte de enfermería yo la encuentro funcional. Normalmente los sanitarios y en este caso, más los enfermeros y auxiliares, nos adaptamos a trabajar con lo que tenemos.” (E3A)*

La situación normativa de los centros penitenciarios hace que el profesional tenga que desarrollar sus atenciones **con limitaciones** (62,5%): reclusos con normas estrictas de control por estar sancionados y/o cumpliendo en un departamento de régimen cerrado, cierre de celdas al mediodía (desde las 13:30h hasta las 16:30h), dispensación de la medicación psicotrópica disuelta para evitar manipulaciones por parte de los internos, horarios de las comidas, curas condicionadas a los horarios de las duchas en los módulos residenciales, etc. En todas estas situaciones, el enfermero debe ajustar sus cuidados con la intención de atenuar y resolver los problemas derivados de estas circunstancias:

*“Per suposat, les ha conèixer i les ha d'adaptar. Jo no puc cridar a una diabètica quan està al menjador amb els coberts, perquè no. M'hauria d'haver preocupat, si no és una urgència, d'haver-la cridat 10 minuts abans, i si l'he de cridar en aquell moment parlo amb el funcionari: escolta, puc pujar al menjador, em passo això, aquesta senyora ahir estava a 400 de glicèmia... i treballant en equip, vaja jo no he tingut mai cap problema.” (E4N)*

*“Els compliments de l'entorn penitenciari, clar algú te'ls ha d'ensenyar, sinó... horaris, reglament, per exemple hi ha senyores que lo millor han tingut una sanció i estan privades de passeig [...]” (E4N)*

La descripción del rol también la hemos consultado en la pregunta 9, con la intención de ahondar en la estimulación y el interés de estos profesionales en su incorporación al mundo penitenciario. Se les ha preguntado a los encuestados por la **motivación** que les llevó a trabajar en este contexto. Los resultados de esta pregunta abierta apuntan 4 grandes bloques:

1. Tipo de población:
  - a. Combinación de problemática social y sanitaria.
  - b. Atender a colectivos desfavorecidos, marginales, vulnerables, con bajo nivel cultural, desarraigo familiar, riesgo de exclusión.
  - c. Patologías del paciente: salud mental, drogas, infecciosas.
  - d. Conocer la realidad del paciente-recluso.
2. Contexto desconocido: ámbito diferente al hospitalario, especial y apasionante.
3. Atención enfermera: autonomía profesional, polivalencia, experiencia desconocida, aportar nuevos conocimientos y competencias enfermeras, desarrollo del potencial de habilidades personales, completar el perfil profesional.
4. Condiciones laborales: horarios, retribución económica, estabilidad laboral y casualidad.

La larga trayectoria laboral en prisión de estos enfermeros desarrollando su asistencia en un contexto desconocido dentro de la formación adquirida en la titulación de enfermería, su atención e intervención con un colectivo con características complejas, difíciles, con pocos recursos y en situaciones arriesgadas queda justificada por estos rasgos motivacionales, ya que además caracterizan a la enfermería penitenciaria como autónoma, polivalente, con la incorporación de nuevas competencias enfermeras, así como el desarrollo de habilidades sociales y comunicativas completando su perfil profesional:

*“Lo que me motivó para trabajar en prisiones? lo tengo bastante claro!! Cuando te das cuenta que es una de las facetas más desconocidas de la enfermería y que además reúne diferentes especialidades, primaria, salud mental, drogodependencias, urgencias, etc. Lo tienes ahí todo revuelto, y te anima a probar este ámbito. Siempre he tenido claro que era por esto.” (E1R).*

#### **IDENTIDAD PROFESIONAL**

Continuamos singularizando la realidad de este profesional en este contexto único, y seguimos con el cuestionario con la intención de aportar información sobre la categoría de identidad profesional. Esta información se recabó a partir de la pregunta que hace referencia a su relación con el paciente (pregunta 12), donde se le preguntaba cómo identifica esta perspectiva, si la

aborda desde: el estigma, la frustración, la ira, el cinismo, la desconfianza, teniendo presente la situación de peligro, el endurecimiento, el aislamiento y/o el poder. Los resultados destacan que el 55,3% se posiciona en una relación con la idea de **tener presente la situación de peligro**, seguida del 30,3% de una relación de **desconfianza hacia el paciente**, así como de **distanciamiento** (21,4%). A continuación, encontramos una relación de **endurecimiento** en el 12,5% de los participantes y **estigmatización hacia al paciente** (8,9%). La frustración, el poder y el aislamiento están valorados en el 1,8% de los casos. Mencionar dos hechos destacados que nos parecen imprescindibles aportar: la estigmatización hacia el profesional y la ira no han sido valoradas por ningún profesional, al igual que 6 participantes (10,7%) no se han identificado con ninguno de los ítems expuestos para esta categoría.

**Tener presente la situación de peligro** es una de las perspectivas desde las que se sitúa el enfermero que trabaja en prisión. Hay diferentes causas que justifican esta percepción: la seguridad de la estructura de la prisión, apropiación por parte del recluso de elementos perjudiciales contra el profesional (ejemplo: pinchos, cuchillas, puntas de bolis afiladas, mobiliario, cristales, etc.), motines, revueltas, secuestros. Estas situaciones de riesgo son difícil encontrárselas en otros ámbitos como en un hospital o en atención primaria:

*“La asistencia depende de la prisión. En la prisión en que he trabajado sí que ha sido insegura y en otras prisiones en absoluto.” (E1R)*

*“En caso de urgencias o situaciones que no te esperas es imprescindible la figura de los funcionarios siempre. Imagínate un incendio!! De un incendio pueden pasar a un secuestro, se pueden pasar a un montón de situaciones en que tu seguridad puede estar amenazada,...” (E2L)*

*“Lo primero que hay que tener presente es que estás trabajando en una cárcel. Lo segundo es que nuestra seguridad prima, por lo tanto no puedes crear situaciones de peligro. Que quiero decir con esto, que se puede pasar visita con el funcionario en la parte exterior de la consulta manteniendo la puerta entornada nunca cerrada y expectante por si pasase alguna cosa.” (E3A)*

El enfermero penitenciario refiere que **no aborda al paciente desde la estigmatización**. Si este colectivo refiere que su motivación por trabajar en el medio es porque atiende a personas vulnerables, desfavorecidas y marginales es relevante que este resultado se visualice en su perspectiva enfermera. Lo describen con estas palabras las entrevistadas en su discurso:

*“[...] no se puede ni se debe estigmatizar. Por lo que concierne al interno esté enfermo o no lo esté [...]” (E3A)*

*“Lo primero es tener en cuenta que es un paciente como cualquier otro y por tanto la atención debe de ser la misma.” (E2L)*

En relación a la **estigmatización hacia su persona** identifican la atención sanitaria en prisión como cualquier otra asistencia sanitaria en el que se encuentran más útiles desarrollando la asistencia destinada a este tipo de población que a la de otros ámbitos. Si alguna vez han recibido algún comentario de alguna persona en relación a su asistencia en prisión refieren que es por desconocimiento y miedo:

*“Tampoco yo me siento estigmatizada por trabajar en una prisión, para mí es un trabajo como cualquier otro, es más, para mí es un trabajo interesante en el que me siento más útil que como enfermera de un hospital o una primaria.” (EL2)*

*“En cuanto a mí, quizá cuando empecé a trabajar en prisiones no te diré que me daba la sensación de que algunas personas me miraban con recelo, incluidos algunos familiares, seguramente la palabra sería miedo, miedo a lo desconocido. Con los años te das cuenta que esto es una tontería. Es más, cuando me doy cuenta de que alguien me escucha o me mira con cara rara siempre le digo lo mismo: ¡Estás más seguro en la prisión que afuera, además alguien tiene que cuidarlos, no dejan de ser personas como nosotros!”. (E3A)*

*“En relación a mi persona, en general no me siento estigmatizado. Aunque siempre te puedes encontrar a alguien que menosprecie nuestro trabajo por desconocimiento.” (E1R)*

Los motivos que llevan al enfermero a mantener una relación con el paciente desde la perspectiva del **endurecimiento** es por motivos de manipulación. Por conseguir propósitos beneficiosos dentro de la normativa penitenciaria:

*“Endurecimiento, en contadas ocasiones y por motivos de manipulación, sobre todo con la medicación psicotrópica, y me atrevería a decir que más que endurecimiento sería usar medidas normativas por la desconfianza, es decir, ceñirse a las normativas del centro y al reglamento penitenciario.” (E3A)*

La **frustración** es un sentimiento que lo manifiestan los enfermeros cuando no se consiguen los objetivos planificados en su atención, aun haciendo esfuerzos impensables. Además, se une a un sentimiento de **desconfianza** ya que el paciente pretende conseguir sus propósitos a partir de discursos desesperantes, desosegados e impacientes:

*“Frustración, en alguna ocasión, sobre todo cuando ves que a pesar de todos tus esfuerzos para ellos la salud no es lo más importante.” (E3A)*

*“Frustración, en ocasiones puntuales, cuando ves que a pesar de todos los esfuerzos en enseñarles hábitos de salud no hacen caso. Por ejemplo algo tan básico como la alimentación, prefieren comer bocadillos que una dieta equilibrada.” (E1R)*

*“Doncs a lo millor et diuen que estan molt fet pols per passar a la infermeria i resulta que a la infermeria està el seu amic de l'alma per poder fer “trapicheos”, tractar un*

*tema de drogues o compartir alguna pastilla o tal no? i després penses me cago en la mare, m'he estat amb aquesta persona parlant dels temes positius i al final el que ell volia era canviar-se de mòdul, ostres!!! (accentuat OSTRES).” (E4N)*

#### EXPERIENCIA PREVIA AL CONTEXTO PENITENCIARIO EN OTROS ÁMBITOS DE LA SALUD

Siguiendo con la identificación del perfil profesional del enfermero penitenciario y en relación a **su experiencia previa en otros ámbitos de la salud**, les preguntamos (pregunta 11) por su ocupación en prisión. Concretamente, les consultamos si habían experimentado cambios en su asistencia, si mantenían su mismo estilo de atención que en otros centros de salud o si su asistencia había requerido de algunos matices para trabajar en este contexto singular. Las aportaciones fueron las siguientes:

Ocupación del enfermero en prisión según las experiencias previas en otros ámbitos de la salud		
(n=56)	SI (%)	NO (%)
Ha requerido realizar cambios en mi asistencia	82,1	17,9
Ha supuesto cambios inmediatos	50	50
Ha supuesto cambios progresivos	80,4	19,6
Ha cambiado mi relación con los otros profesionales de la salud	32,1	67,9
Ha implicado cambios debido a la complejidad del contexto penitenciario	89,3	10,7
Ha implicado cambios debidos a las situaciones de riesgo vividas	37,5	62,5
Ha implicado cambios debidos a las normas del contexto penitenciario	85,7	14,3

**Tabla 13: Ocupación del enfermero en prisión según las experiencias previas en otros ámbitos de la salud.**

Matizando los resultados obtenidos en esta categoría, podemos señalar que el 82,1% de los encuestados ha requerido realizar **cambios en su asistencia para trabajar en prisión** como enfermero. De estos cambios, el 80,4% identifica estos **cambios como progresivos**. Estos describen que su relación con otros profesionales de la salud ha cambiado en el 32,1% de los casos, respecto a la relación que mantenían con los equipos de salud en otros ámbitos experimentado a lo largo de su vida profesional (20,6 años). Tal y como se ha descrito en la caracterización de la muestra, recordemos que en este colectivo encontramos el 70% de la muestra con una experiencia en más de 2 ámbitos de la salud, además del penitenciario y con una práctica asistencial en 2 o más centros penitenciarios catalanes (76,8%). La trayectoria profesional de estos sujetos avala los hallazgos obtenidos en referencia al proceso de adaptación que realiza el enfermero en prisión.

Las causas que justifican los cambios ocasionados en su asistencia son por la **complejidad del contexto penitenciario** (89,3%) y las **normas del contexto penitenciario** (85,7%). Otra motivo

que también ha implicado cambios en la asistencia que desarrolla el enfermero en este contexto es debido a las **situaciones de riesgo vividas en prisión** (37,5%), representando en un tercio a la muestra que ha participado en el estudio.

En relación a esta categoría, los encuestados refieren que han tenido que **realizar cambios en su asistencia para trabajar en prisión** según las experiencias previas en otros ámbitos de la salud. Cabe recordar que alrededor del 70% de la muestra que participa en el estudio tiene experiencia en 2 o más ámbitos de la salud diferentes al penitenciario, constatando que conocen perfectamente la atención dentro y fuera de prisión. La literatura consultada nos aporta diferentes motivos que justifican estos cambios: la prisión es un sistema social cerrado y complejo (Garrity, 1961; Caballero, 1982; García & Sancha, 1985), atención a una población compleja, con múltiples problemas de salud y con unas patologías prevalentes específicas (ANA, 2013); Schoenly & Knox, (2013); Coll, (2014)), así como cumplir la normativa y reglamentación penitenciaria (BOE, RD 190/1996, Reglamento Penitenciario):

*“En relación con otros ámbitos de la salud es totalmente diferente. En cuanto a conocimientos como enfermera quizá no tanto, pero el contexto penitenciario marca muchísimo, cualquier actuación, y el tipo de paciente es completamente diferente al externo. No se puede comparar. Pienso que es un contexto único, con unas características propias que determinan la forma de actuar.” (E2L)*

Estos cambios en la asistencia sanitaria también se justificarían por las aportaciones de Coll (2014), pues considera prioritario conocer la ejecución de la intervención enfermera en prisión dirigida por unas normas no estrictamente sanitarias:

- La coordinación con el personal de vigilancia de acuerdo con los horarios regiminales para las atenciones sanitarias.
- Los cambios de ubicación-residencia de los internos dentro del mismo centro y las conducciones (desplazamientos) a otros centros penitenciarios para poder dar continuidad a los cuidados enfermeros.
- La atención a los internos en régimen de sanción disciplinaria o primeros grados, que implican desplazamientos del personal sanitario a los módulos de cumplimiento de sanción y el condicionante de no poder emplear material que pueda ser utilizado como recurso heteroagresivo o autolesivo (férula metálica, vendas, blisters de medicación, etc.) .

- Atención a los internos en régimen de aislamiento regimental o psiquiátrico, reincidiendo en el desplazamiento a la celda de aislamiento, y con las medidas para prevenir posibles tentativas autolíticas.
- Actuaciones urgentes en horarios nocturnos que requieren del acompañamiento de personal de vigilancia por normativa regimental.
- Custodia de material de curas cortante, afilado y/o punzante para evitar sustracciones, manipulaciones, agresiones, autolesiones y extorsiones entre internos; y de los medicamentos con el fin de evitar riesgos de abuso e ingesta autolesiva.

Estos cambios han sido progresivos desencadenados a partir de la experiencia vivida a lo largo de los años en situaciones únicas porque han tenido compañeros que les han enseñado a adaptarse a través de sus explicaciones, experiencias y recomendaciones en su devenir profesional:

*“Por mi experiencia puedo decir que los primeros meses fueron muy duros a pesar que tuve muy buenos compañeros que me ayudaron, instruyeron!. Y digo compañeros, [...]” (E2L)*

*“La experiencia en este tipo de trabajo la vas adquiriendo con el día a día y cuando te piensas que ya lo sabes todo te encuentras con cosas nuevas.” (E2L)*

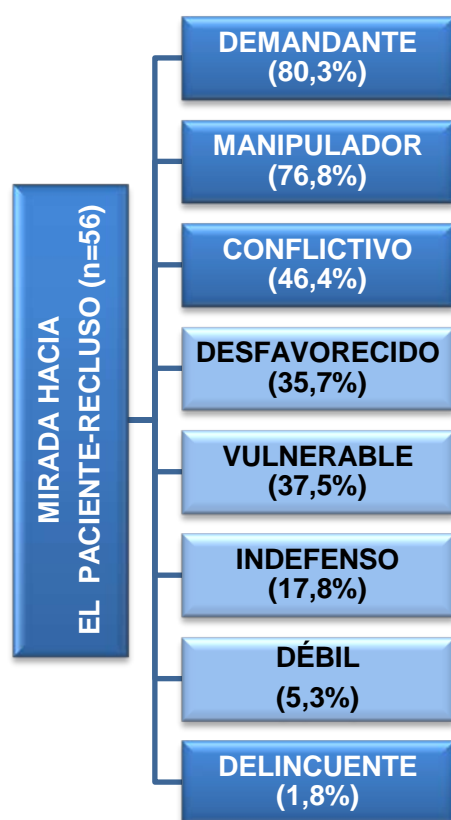
Por otro lado, la asistencia penitenciaria es diferente a la proporcionada en otros ámbitos de la salud, ya que cuando el enfermero se encuentra inmerso en situaciones ambiguas y de peligro en cuestiones referentes al recluso (por ejemplo: la atención urgente a reclusos después de una pelea incontrolada, reivindicación de la toma de medicación o metadona, ingesta de cuerpos extraños, deudas, etc.) opta por cambios normativos y disciplinarios como respuesta a las situaciones de riesgo vividas en este contexto:

*“Un matiz diferente a otros ámbitos de salud, y que hay que tener presente, es que en momentos de peligro adoptas otras medidas quizá más disciplinarias.” (E1R)*

#### **MIRADA DEL ENFERMERO HACIA EL RECLUSO**

El enfermero en prisión destina sus cuidados a una población de características sociodemográficas y en materia de salud diferente a la población en general (Borri & Patriarca, 2010; Geiman & O'Brien, 2008; Royal College of Nursing, 2009; Almost et al., (2013; Schoenly &

Knox, 2013; Coll, 2014). La población reclusa está privada de libertad, afecta de la prisionización<sup>8</sup> (Clemmer, 1940; Goffman, 1970; Pérez & Redondo, 1991; Pinatel, 1969) y la subcultura carcelaria<sup>9</sup> (Caballero, 1982; Clemmer, 1940; Gibbens, 1963; Sykes, 1958), convergiendo con la normativa y reglamentación penitenciaria. En 2007, autoras como Hardesty et al. describieron una tipología de estilos enfermeros penitenciarios en el que incluían modelos de mirada que el enfermero tenía del paciente-recluso cuando lo atendía. Por ello, y con la intención de determinar esa **mirada al recluso** en nuestro contexto se les preguntó cómo la describirían (pregunta 14). Se les propuso diferentes adjetivos y han identificado su mirada con:



**Figura 8: Tipología de mirada hacia el paciente-recluso del enfermero penitenciario.**

La **mirada demandante** del recluso se asocia al devenir del propio contexto, los hábitos, usos, cultura de la prisión y la disminución del repertorio de la conducta humana como resultado de la vida en régimen cerrado. En muchas ocasiones el recluso reivindica sus derechos mediante su

<sup>8</sup> La prisionización es la asimilación por parte de los internos de hábitos, usos y cultura de la prisión y una disminución del repertorio de la conducta humana, como resultado de una permanencia prolongada en una institución total.

<sup>9</sup> La subcultura carcelaria son los códigos o normas de conductas que surgen de los propios internos como garantía estructural de resistencia permanente contra la institución. total.



cuerpo, por ejemplo se ponen en huelga de hambre, no se toman la medicación, no se administran la insulina, ingieren cuerpos extraños, etc. para hacer más visible aún su demanda,

*“En cuanto a demandante, el propio medio hace que sean personas demandantes a nivel de salud, de enfermedad, social,... y a nosotros nos utilizan un poco como muletila.” (E2L)*

*“En el momento que entran en prisión rompen sus lazos con el mundo exterior, familia, amigos, trabajo si tienen, o estudios en algunos casos, y esto les produce una fractura que muchas veces puede conllevar hasta una depresión e incluso el suicidio.” (E3A)*

La **mirada conflictiva**: desde el momento que un individuo ingresa en un centro penitenciario pierde valores importantes como la privacidad, ya que habitualmente los internos comparten celda; disminuye la libertad en el momento de tomar decisiones y de actuar; el cumplimiento de normativa interna y la figura del funcionario como celador durante las actividades cotidianas. Son esas las situaciones que llevan al recluso a conseguir sus propósitos desde la conflictividad, poniendo al profesional sanitario en la cuerda floja entre lo que es el cuidado y la custodia. Son situaciones difíciles y en las que mantienen un posicionamiento de enfrentamientos que llevan al debate y a la discusión,

*“La falta de libertad, la disciplina, la normativa penitenciaria, la falta de intimidad, los horarios regimentales, hace que sean más ansiosos y esta ansiedad se transforma en conflicto.” (E3A)*

La **mirada manipuladora** del recluso surge cuando éste conoce las normas, los hábitos, usos y cultura de la prisión. Es el momento cuando el recluso se sumerge en la subcultura carcelaria para conseguir aumentar su seguridad personal, neutralizar la agresión entre internos y la agresión derivada de conductas de explotación entre reclusos sobre otros de forma indiscriminada, así como valorarse como sujetos duros, que saben resistir a la institución total y aplicar normas de desconfianza y hostilidad frente al personal penitenciario,

*“No es lo mismo una persona que lleva tiempo que una que acaba de aterrizar.” (E2L)*

*“[...] pacient veterà: manipulador, psiquiàtric, drogodependent, poso exemples eh! Té uns hàbits i una manera de fer les coses que jo he de conèixer, per tant això beneficia. Conèixer la seva realitat beneficia la relació terapèutica.” (E4N)*

*“[...] nosaltres tenim un perfil molt concret i tenim un gruix de gent molt veterana que coneix molt el medi i que sap com marejar-te i que pot, fins i tot arribar a utilitzar el tema sanitari per benefici propi.” (E4N)*

La **mirada de vulnerable** aun teniendo presente que son individuos manipuladores, conflictivos y demandantes, también los encuestados consideran a los reclusos individuos vulnerables. En todo sistema cerrado, jerarquizado y despersonalizador, los códigos informales acaban siendo formas de clasificación y denominación del grupo normativo sobre los más vulnerables y desprotegidos. La degradación del estatus, el rechazo y la pérdida de aceptación social implica una disminución del autoconcepto y la autoestima en el recluso. La situación de encarcelamiento, de privación de libertad y confinamiento en una institución puede desencadenar en sentimiento de frustración, indefensión, ansiedad y hostilidad,

*“El poder trabajar con gente marginal y vulnerable, porque siempre me había gustado poder trabajar con este tipo de gente.” (E3A)*

*“Estas trabajando con gente muy vulnerable pero a la vez gente que te puede dar complicaciones en un momento dado.” (E3A)*

La **mirada desfavorecida** responde a un individuo que puede verse menospreciado o desatendido donde la autoestima del paciente puede verse desatendida por la estigmatización o autoestigmatización de la criminalidad (Nieto, 2011). Esta pérdida de autoestima comporta la aceptación de estereotipos sociales respecto a sí mismo convirtiendo el estigma en autoestigma (Holmes, 1998, citat per Nieto, 2011, p. 3), generándole una situación de regresión situacional del interno, con un descenso de su eficacia y no volver a participar en la sociedad,

*“[...] jo les tractaré de manera diferent, tot i que no m’agrada dir aquesta frase, que a una noieta de vint anys acollonida que acaba d’entrar, que hi ha un delict menor, i que acaba de trobar-se amb les drogues, no?? evidentment.” (E4N)*

#### **RELACIÓN PROFESIONAL CON EL EQUIPO DE SEGURIDAD (FUNCIONARIO)**

Además de la relación con el paciente, en prisión se da la relación con un equipo desconocido para las funciones, actuaciones, prácticas y habilidades sanitarias dentro de las experiencias previas de otros ámbitos de la salud: el equipo de seguridad (funcionarios). Llegados a este punto, se incorpora la **relación con la figura del funcionario** a la práctica diaria del enfermero en prisión. Al ser un colectivo de profesionales en las que sus funciones principales son de orden y seguridad, evitando la conflictividad individual y colectiva de los reclusos, queríamos saber cómo los enfermeros identifican esta relación entre profesionales con diferentes objetivos dentro de la comunidad penitenciaria (pregunta 15):

Relación profesional del enfermero con la figura del funcionario				
(n=56)	Siempre (%)	A veces (%)	Nunca (%)	Media
Colaborativa	48,2	50	1,8	0,54
Correctiva	7,1	76,8	16,1	1,09
Inflexible	0	50	50	1,50
Independiente	28,6	55,4	16,1	0,88
Dura	1,8	46,4	51,8	1,50
Formal y normativa	50	48,2	1,8	0,52
Respetuosa	78,6	21,4	0	0,21
De seguridad	58,9	41,1	0	0,41

**Tabla 14: Relación profesional del enfermero con la figura del funcionario.**

Como se puede apreciar en la tabla anterior la relación colaborativa, de seguridad y formal y normativa han obtenido resultados parecidos puntuándolos con una media de alrededor del 0,50. La relación correctiva la percibe el 76,8% de la muestra en diferentes actuaciones y prácticas de su día a día. La inflexibilidad y la dureza en la relación entre funcionario-enfermero se presenta con similares puntuaciones, identificándola con una valoración del 1,50 de media.

Llama la atención que el enfermero refiere que *siempre* es independiente en su relación con el funcionario en el 28,6% de los casos, y solo *a veces* puede serlo con una estimación del 55,4% (media del 0,88 para este ítem). Es decir, desde la experiencia académica el enfermero incorpora en su socialización profesional el carácter independiente y de rol colaborativo con el médico.

La **relación colaborativa** con el funcionario se realiza en situaciones de trabajo conjunto. Son muchas las situaciones en que la asistencia enfermera precisa de la presencia de un funcionario. Esta situación no es una presencia impersonal sino que requiere de una interacción entre ambos profesionales y que concreta las prácticas diarias sanitarias: pactar el momento de la asistencia, permitir salir del módulo para recibir la asistencia necesaria, protección de la integridad física y psíquica del recluso, comunicar cualquier acontecimiento de salud y/o regimental entre recluso-enfermero,

*"[...] el medio siempre se tiene que tener en cuenta y tener presente de que las situaciones de peligro existen, pero tiene que existir una colaboración, un entendimiento entre funcionario y sanitario." (E2L)*

*"Nooooo (accentua NO). Per què? No no, un tracte autoritari, no. El que passa, si que és veritat que hi ha situacions en que coneixent l'àmbit penitenciari i entrant dintre de les normes ho sento molt però a nivell mèdic s'ha de fer això això i això, i a lo millor ells s'hauran d'adaptar a alguna cosa, igual que jo m'adapto." (E4N)*

*“El trabajo con los funcionarios lo vemos como una colaboración, como una fuente de información, y ellos nos ven como la bata blanca, el personal de blanco que no tiene nada que ver con ellos. Cuando te encuentras un funcionario que tiende a desarrollar esta relación colaborativa con el personal sanitario hasta lo agradeces porque hay veces que ellos pierden esta referencia.” (E2L)*

La **relación de seguridad** es el trato con el funcionario para minimizar el bloqueo por las situaciones de riesgo vividas, reducir posibles imprevistos en conflictos, situaciones arriesgadas y difíciles que surgen en el devenir de las prácticas diarias. El funcionario se puede esperar detrás de la puerta de la consulta pero siempre con el compromiso de intervenir en el momento en que ocurre una elevación del tono de voz, movimientos violentos o demanda/s reiterada/s a petición del paciente que pueden acabar en un conflicto,

*“Además, siempre tenemos que tener un funcionario a una distancia prudencial por el tema de seguridad.” (E3A)*

La **relación normativa** es una relación disciplinaria que no requiere interacción entre el enfermero y el funcionario pero que se necesitan mutuamente. Hay diversas atenciones e intervenciones en las que se producirá una relación por normativa: abrir y cerrar celdas, custodiar la dispensación de la metadona, acompañar y presenciar la atención al paciente en los módulos de sancionados y primeros grados, abrir y cerrar cancelas, atención al paciente que está en observación (aislamientos, portadores de cuerpos extraños, etc.),

*“Yo pienso que cada uno tiene su cometido, es decir son trabajos independientes pero en paralelo y en muchas ocasiones son colaborativos.” (E3A)*

*“[...] sobretodo cuando vas a pasar visita a un módulo especial o en un DERT. En este caso siempre es imprescindible la figura del funcionario. Y luego para el traslado de los internos. Por ejemplo si tú vas a una celda y ves que allí no puedes atender al interno y te lo tienes que llevar, siempre tienes que ir acompañada de funcionarios.” (E3A)*

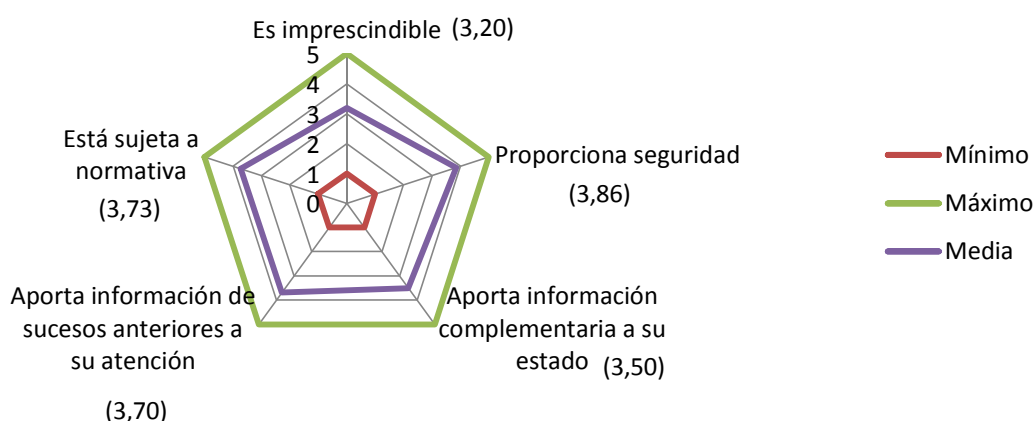
La **relación independiente** es una relación en la que no se depende del funcionario. Atenciones como estar visitando en la consulta del módulo, entregar documentación e informar al paciente de diagnósticos sanitarios, desplazamientos por el centro penitenciario, etc. Pero hay situaciones en las que en estas actuaciones son necesarias la relación con el funcionario: atención urgente, sanción regimental, contención regimental o psiquiátrica.

Aquí cabe destacar que el enfermero debe desimbolizar su dimensión sanitaria, integrando la **relación colaborativa, de seguridad, normativa y dependiente** en su práctica diaria con el funcionario.

*“La presencia del funcionario es imprescindible, proporciona seguridad y está sujeta a normativa en las visitas a los módulos de seguridad y sancionados, también en los casos de urgencia. En las visitas nocturnas a la enfermería o a las celdas de los módulos,[...]” (E2L)*

Para complementar esta categoría, se le preguntó a la muestra como consideraban la **presencia del funcionario en su atención al paciente** (pregunta 16): es imprescindible, proporciona seguridad, aporta información complementaria a su estado, aporta información de sucesos anteriores a su atención y/o está sujeta a normativa. Los informantes respondieron con las siguientes valoraciones:

### La presencia del funcionario en la atención enfermera al paciente



**Gráfico 4: La presencia del funcionario en la atención enfermera al paciente.**

Los enfermeros consideran la presencia del funcionario en su atención hacia el paciente como un agente imprescindible, que proporciona seguridad, aporta información relevante para el estado-atención del paciente y está sujeta a normativa. Los informantes han otorgado una media estable entre el 3,20 y el 3,86 para estos ítems asignando relevancia a la presencia del funcionario en cualquier asistencia que desarrolle el enfermero en prisión.

Estas situaciones hay que saber diferenciarlas por el riesgo potencial de inseguridad hacia el profesional sanitario. En situaciones de atención urgente y/o alteraciones conductuales (autolesiones, urgencias psiquiátricas, tentativas autolíticas) son momentos en las que la presencia del funcionario siempre debe **ser imprescindible**. Son situaciones de riesgo potencial

de inseguridad para el propio profesional y debe tener el juicio crítico y el poder de decisión de no empezar a actuar sin asegurar su integridad,

*“En caso de urgencias o situaciones que no te esperas es imprescindible la figura de los funcionarios siempre. Imagínate un incendio!! De un incendio pueden pasar a un secuestro, se pueden pasar a un montón de situaciones en que tu seguridad puede estar amenazada,[...]” (E2L)*

La presencia del funcionario en muchas circunstancias **aporta información de sucesos anteriores y/o complementa dicha información al estado de salud del recluso**. Es importante mantener una comunicación fluida y constante desde el inicio de la atención hasta su finalización,

*“Sí, al fin y al cabo los funcionarios no dejan de ser compañeros y te pueden dar mucha información. Por ejemplo: cuando hacen algún cacheo vienen y te dicen: le hemos sacado un paquete de pastillas que tenía acumulado en la celda.” (E2L)*

*“Quizá sea una frase que se repita, pero los funcionarios tienen muchísima información del interno y a nosotros nos puede ir muy bien para poder hacer un mejor seguimiento (internos que extorsionan a otros para sacarles medicación psicotrópica, internos que se venden la suya, internos que les quitan la comida a los diabéticos, internos que amenazan a otros para que las familias pasen droga [...])” (E3A)*

*“Perquè ells moltes vegades veuen més coses que nosaltres, no?? tomen de la consulta, ostres i ens diuen: mira ja ho han aconseguit!! Porta tota la setmana volent canviar de mòdul i al final ho ha aconseguit, i tu desconeixes això.” (E4N)*

A modo de resumen:

Este análisis aporta a la descripción del fenómeno la consideración y connotaciones para incorporar la figura del funcionario a las actuaciones sanitarias al igual que se mantiene la relación con otros profesionales de la salud en el mismo contexto.

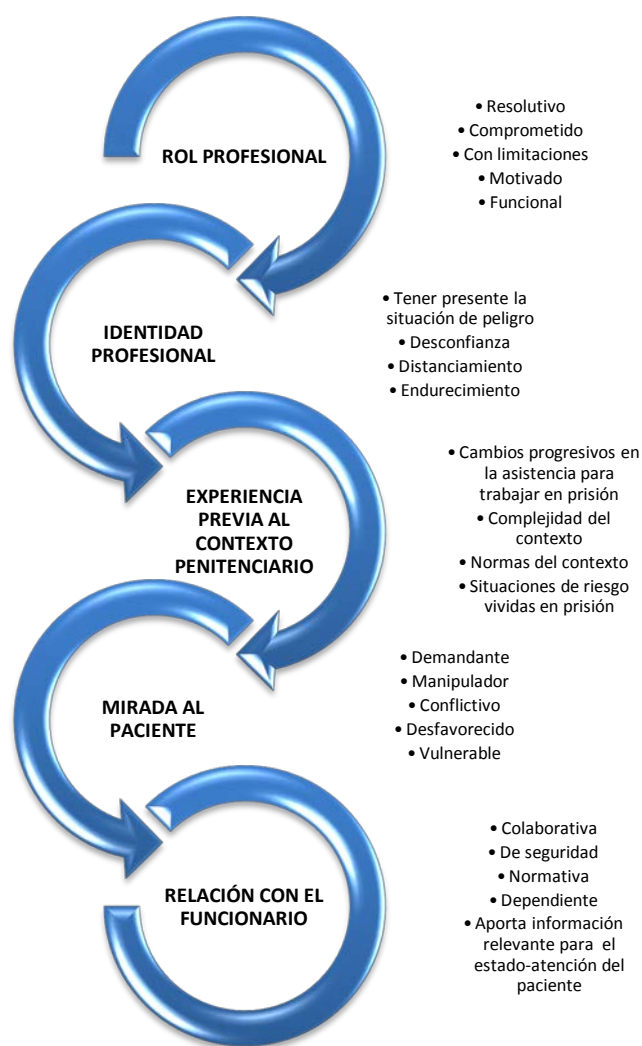
Los hallazgos descritos por los enfermeros contribuyen en la identificación de las categorías del perfil profesional que desarrolla sus cuidados en prisión. El rol profesional se describe como resolutivo, comprometido, con limitaciones, funcional y motivado por el tipo de población a la que atienden, por ser un contexto desconocido y por las características de la atención enfermera.

La identidad profesional del enfermero penitenciario comprende rasgos de desconfianza, endurecimiento, distanciamiento y tener presente las situaciones de peligro cuando atiende al recluso. Por otra parte, el profesional considera al recluso como un individuo demandante, conflictivo, vulnerable, desfavorecido y manipulador.

La experiencia académica y profesional en otros ámbitos de la salud produce en este profesional cambios progresivos por la complejidad en la asistencia para trabajar en prisión y asumir las normas del contexto penitenciario. Asimismo, las situaciones de riesgo vividas en prisión pueden provocar cambios en relación a la asistencia en otros ámbitos de la salud.

En cuanto al trato con el funcionario, nos encontramos con una relación de colaboración, colaborativa, de seguridad y dependiente por la propia normativa penitenciaria. Este tipo de relación nos aporta información relevante para la atención del paciente.

En la siguiente figura se sintetizan las características del perfil profesional del enfermero penitenciario:



**Figura 9: Perfil profesional del enfermero penitenciario.**

## 6.2. COMPETENCIAS DEL ENFERMERO PENITENCIARIO

En este apartado del cuestionario se les ha preguntado a los enfermeros por información referente a la dimensión de competencias del enfermero penitenciario. Las 3 categorías exploradas han sido: formación generalista, formación específica y competencias transversales.

### FORMACIÓN GENERALISTA

Referente a la **formación generalista** se les ha preguntado por las **habilidades comunicativas y sociales** en relación a los agentes sociales: paciente y funcionario. Cómo ellos valoran la importancia de estas habilidades para el desarrollo de su asistencia en prisión (preguntas 19, 21 y 22).

Respecto al **paciente**, los informantes han estimado la importancia de tener habilidades como empatía, capacidad de diálogo, escucha activa y autocontrol con una valoración superior al 95%. En relación a la asertividad, negociación y proactividad las puntúan por encima del 90%, así como la comunicación no verbal y la flexibilidad que la consideran en el 89,3% y 73,2% de los casos, respectivamente.

*“[...] la escucha activa en prisiones es imprescindible para el día a día. [...]. El autocontrol debe estar presente en cualquier actividad.” (E1R)*

*“Pienso que principalmente la capacidad para asimilar conocimientos sobre la atención enfermera es completamente diferente a los que conocemos, ser creativa, la escucha activa y también la negociación. Lo importante es ir adquiriendo experiencia.” (E2L)*

*“Yo creo que la escucha activa va implícita dentro de lo que es el trabajo del profesional sanitario dentro de un centro penitenciario.” (E3A)*

Para atender pacientes de perfil conflictivo requiere que enfrente tenga un profesional capaz de negociar, autocontrolarse y de reconducir la situación. Es un trabajo constante el que debe realizar el enfermero para ganarse la confianza del paciente-recluso con el objetivo de obtener la información necesaria para realizar una buena praxis, cumplir sus propósitos y preservar su seguridad,

*“El autocontrol también va implícito en mi trabajo. [...] Ser empático, asertivo, dialogante son habilidades que facilitan una mejor relación con el paciente. Tener una buena relación es muy importante ya que el paciente coge confianza y te da más información.” (E2L)*

Destaca la empatía con una valoración alta por parte de los encuestados. Hay que recordar que dentro de la identidad profesional definían su atención desde la perspectiva del distanciamiento, el



endurecimiento y la desconfianza. y adoptan esta identidad como factores de protección en su asistencia,

*“Además, tienes que ser empático, resiliente, [...] porque te pueden decir cualquier cosa y tú tienes que saber reaccionar, no puedes saltar.” (E3A)*

*“Jo m’he trobat amb senyores, una búlgara que va entrar l’altre dia que estava cagada de por. Desde luego, si jo entro ara a una presó de Tailàndia em moro de por i si de cop i volta trobo algú que parla castellà o català o tal, s’ha m’obre (accentua OBRE) no, pues jo ho he fet, bueno tenemos alguna búlgara pues venga buscarla, no?” (E4N)*

Destacar que la muestra ha coincidido en el 100% de su valoración en considerar que el enfermero de prisiones debe tener paciencia en su relación con el paciente-recluso demandante y manipulador. El enfermero debe considerar las experiencias y vivencias del encarcelamiento para atender con flexibilidad al paciente,

*“El seguimiento de un paciente crónico te hace ser más flexible. No significa que le des más ventajas a la hora de la negociación que mantienes durante la consulta, pero sí que encuentro que como reflexión sí que hay una diferencia.” (E2L)*

Estas habilidades son la hoja de ruta para tratar con una población que la definen como demandante, vulnerable, conflictiva, desfavorecida y manipuladora.



Figura 10: Habilidades comunicativas y sociales del enfermero penitenciario.

Son muchas las prácticas diarias que se necesitan para entender, escuchar, responder, gestionar, silenciar, controlar, empatizar, singularizar, actuar, comprometer, superar que argumentan nuestra asistencia a un individuo privado de libertad y prisionizado.

En la formación académica del enfermero se incluye la visión, beneficios y habilidades que aporta el trabajo en equipo con diferentes profesionales de la salud. Como en prisión convivimos con un agente, el **funcionario**, con otros objetivos diferentes a los sanitarios, creímos interesante saber su percepción y conocer si ven necesario trabajar en equipo con el personal de seguridad de la prisión. De los encuestados, el 91,1% cree que ayuda trabajar en equipo con estos agentes para desarrollar mejor los cuidados enfermeros.

Este trabajo en equipo requiere de una serie de habilidades comunicativas y sociales para garantizar un desarrollo óptimo de la atención sanitaria. Por ese motivo, se les ha pedido a los encuestados que aportasen cuáles son las habilidades que ellos desenvuelven para trabajar en equipo con el personal de custodia, el funcionario:



Gráfico 5: Habilidades que desarrolla el enfermero para trabajar en equipo con el funcionario.

Como se puede apreciar en el gráfico anterior, las habilidades que se destacan en la práctica enfermera para trabajar con el colectivo de funcionarios nos sitúan en ejes de:

- Información-comunicación-escucha-diálogo.
- Flexibilidad-paciencia-negociación-colaboración-respeto.
- Asertividad-empatía.
- Trabajo en equipo.

La idea del trabajo en equipo es una habilidad contemplada como imprescindible en el desarrollo de la práctica enfermera en prisión con perspectiva bidireccional donde los dos profesionales se necesitan mutuamente,

*“[...] em dirigeixo al funcionari com un si fos un, que estem fent un treball en equip, és a dir: Escolta mira que aquesta senyora l'hem vist tal vosaltres l'hauríeu de tenir cura d'això o mira et faig un paper, necessites algun paper per la baixa? Si si necessito un paper vostre conforme aquesta senyora està de baixa, vale pues ara te'l dono.” (E4N)*

Habilidades como la flexibilidad, la colaboración y el diálogo permiten al enfermero recoger información que le puede aportar los funcionarios,

*“Yo pienso que tiene que haber un buen clima de trabajo entre ambos, Es más, un buen clima favorecerá que el funcionario comparta información que nosotros no tenemos y esto es primordial para un buen seguimiento del paciente.” (E3A)*

*“M'adapto a la qüestió regimental i ells, segons quina explicació mèdica jo els hi doni i el per què, o moltes vegades no calen explicacions, no les he de donar, però mira aquesta senyora ha d'estar, per exemple amb un tema de sarna, jo no tinc perquè dir-li al funcionari això, però tinc que dir que mira anem a gestionar com recollir la roba, com canviar-la, li donarem això i tal, tingueu cura amb això això i això. Jo informo fins allà on jo puc informar i ells s'adapten i jo un altre dia és al revés, jo m'adapto als seus horaris, ayy no sé es que sinó anem malament.” (E4N)*

Dentro de la categoría de formación generalista se ha incluido el ítem de la **ética en la práctica enfermera** (pregunta 24). Se ha tenido en cuenta la confidencialidad, el respeto, la dignidad, privacidad, autonomía e integridad del paciente, y si se contempla el consentimiento informado en los procedimientos y tratamiento invasivos. Los participantes han valorado estos indicadores como queda descrito en la siguiente tabla:

Ética de la práctica enfermera en prisión				
(n=56)	Siempre (%)	A veces (%)	Nunca (%)	Media
Es confidencial	58,9	41,1	0	0,41
Es respetuosa	91,1	8,9	0	0,09
Preserva la dignidad del paciente	73,2	26,8	0	0,27
Preserva la privacidad del paciente	50	50	0	0,5
Preserva la integridad del paciente	78,6	21,4	0	0,21
Contempla la autonomía del paciente	60,7	39,3	0	0,39
Contempla el consentimiento informado en procedimientos y tratamientos invasivos	73,2	23,2	3,6	0,30

Tabla 15: Ética de la práctica enfermera en prisión.

Con estos resultados tendremos que ser críticos. Según la National Commission on Correctional Health Care (2008, citado por Schoenly & Knox (2013) aporta que informar al equipo no sanitario de importantes necesidades de salud pueden determinar la clasificación de un recluso, la necesidad de decidir dónde y cómo debe vivir, las asignaciones de trabajos limitados o la gestión disciplinaria. Esto nos lleva a reflexionar sobre nuestra práctica asistencial, dónde está el límite de la información, el equilibrio entre el beneficio y el perjuicio, y si el contexto protege desde una ética *diferente*. La ambivalencia del cuidar en el contexto penitenciario puede proceder de la naturaleza del medio y/o de la naturaleza de la población reclusa. Este equilibrio entre la ética y la norma penitenciaria en el cuidado del enfermero penitenciario es diferente al resto de ámbitos de la salud (Weiskopf, 2005, citado por Schoenly & Knox (2013),

*“Sí, puedo decidir de forma autónoma que el funcionario pueda estar al margen para cumplir con los principios éticos de mi asistencia. [...] Sí, en cierta manera el medio me lo permite. [...] Sí, mantenerlos a una cierta distancia para que el interno pueda hablar del tema.” (E2L)*

*“Sí, y así mantener la privacidad y la confidencialidad porque la línea entre la confidencialidad, el secreto profesional y la seguridad es una línea muy fina.” (E1R)*

Mantener al funcionario presente e intentar preservar la privacidad del paciente es más difícil en módulos donde la presencia del funcionario es imprescindible por normativa y por motivos de seguridad,

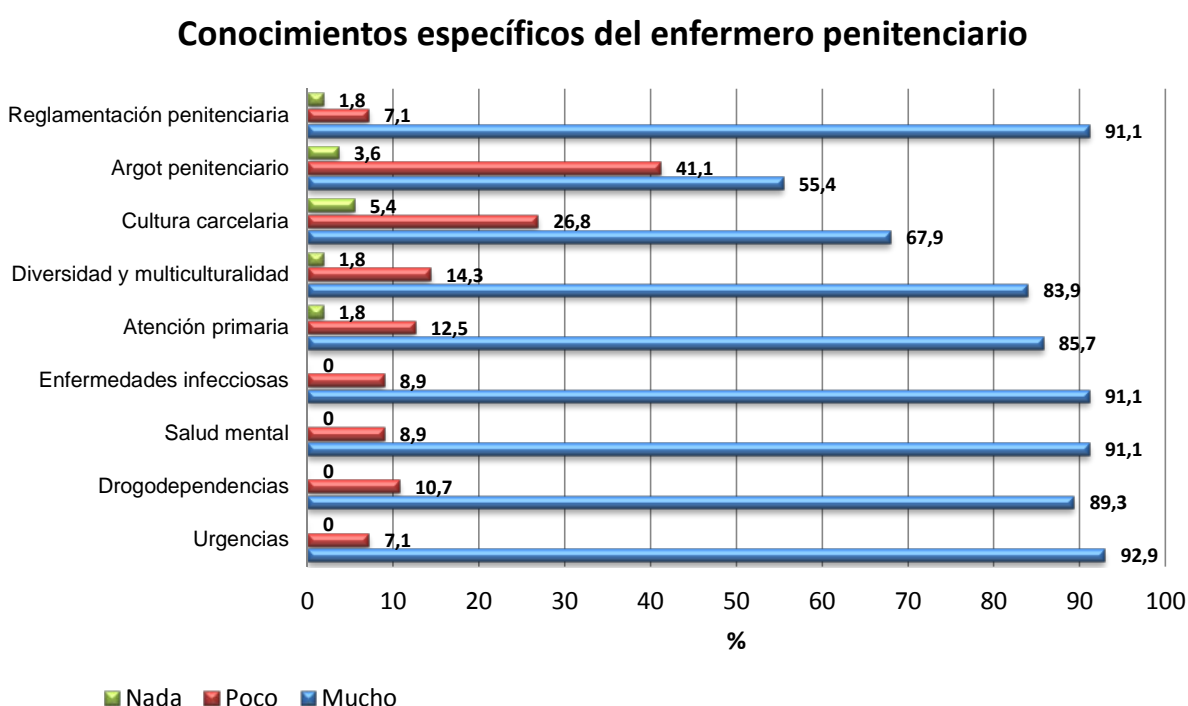
*“Seguramente la privacidad sea la que cuesta más que se cumpla, sobre todo en los módulos de seguridad en los que has de pasar la consulta acompañada de varios funcionarios.” (E1R)*

En situaciones como la consulta del módulo, la entrega de documentación e informar de cuestiones sanitarias al recluso, etc. nuestra decisión puede ser prescindir de la presencia directa del funcionario en nuestra atención al paciente pero corroborando que hay un compañero de seguridad cerca o utilizando dispositivos de alerta (walkie-talkie, pulsadores, timbres) teniendo en cuenta que la conducta de aquel paciente puede cambiar en cualquier momento,

*“Considero que de forma autónoma puedo pedir al funcionario que guarde una distancia de seguridad para preservar la privacidad y confidencialidad del paciente.” (E1R)*

**FORMACIÓN ESPECÍFICA**

Siguiendo con la dimensión de competencias del enfermero penitenciario, queríamos saber si los participantes creen que es necesario tener una **formación específica** para trabajar en este ámbito de la salud, diferente a otras experiencias laborales (pregunta 17). El 100% de la muestra ha respondido que el enfermero que desarrolla sus cuidados en prisión debe tener unos conocimientos específicos a los de otros ámbitos de la salud. Hemos querido dar un paso más en la concreción de esta información, y se les ha preguntado (pregunta 18) en qué grado creen que estos conocimientos específicos son necesarios para trabajar en prisión:



**Gráfico 6: Conocimientos específicos del enfermero penitenciario.**

Diferentes autores justifican en sus trabajos la importancia de incorporar a la formación generalista del enfermero que desarrolla sus cuidados en el medio penitenciario una formación de conocimientos específicos (Coll, (2014); Scaggiante, (2001); Schoenly & Knox, (2013).

Por un lado, los conocimientos relacionados con la reglamentación, normativa penitenciaria (91,1%) y las normas, usos, hábitos, cultura del contexto penitenciario (68%) por la importancia de conocer el fenómeno de encarcelamiento del individuo. Trabajar en este contexto comporta un trabajo reglamentado, planificado y coordinado por parte de la comunidad penitenciaria. Es fundamental que el profesional tenga recursos para intervenir con una población limitada por la situación de privación de libertad y confinamiento

*“Lo importante es que se familiarice con el contexto y que conozca las partes del reglamento penitenciario que están relacionadas con la salud/enfermedad de los internos, lo demás lo va adquirir con el día a día i sus instructores van a ser sus propios compañeros de trabajo; enfermeros, médicos, auxiliares y funcionarios.” (E3A)*

*“Els compliments de l'entorn penitenciari, clar algú te'ls ha d'ensenyar, sinó... horaris, reglament, per exemple hi ha senyores que lo millor han tingut una falta i estan privades de passeig, per exemple i han d'estar uns dies... per qüestió regimental i és una senyora que no s'ha apuntat al metge mai com aquell qui diu però ara te un parte i s'apunta cada dia que està sancionada, llavors a mi m'agradaria conèixer, clar jo no ho sé!”. (E4N)*

*“[...] he tenido que leer el reglamento penitenciario para conocer aquellas situaciones que me pueden dar más problemas o para no tener problemas legales o dar mejor asistencia.” (E1R)*

Otros conocimientos que el enfermero debe incorporar a su formación para desarrollar sus atenciones en este contexto singular son los que están relacionados con las áreas sanitarias más prevalentes del paciente-recluso. Son pacientes con características sociodemográficas concretas: bajo nivel cultural, alto porcentaje de inmigración, procedencia de estratos marginales de la sociedad, así como las patologías derivadas de infecciones por el uso de drogas por vía parenteral, relaciones sexuales y/o tatuajes de riesgo (VIH/Sida, hepatitis víricas B y C, tuberculosis, infecciones de transmisión sexual), salud mental, drogodependencias y enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión arterial, cardiopatía, enfermedad respiratoria, etc.). Estas características están sobrepresentadas en relación con la población general (OEDT, 2005; Vicens et al., 2011).

También, no debemos olvidar todo el grupo de atenciones a las urgencias y/o situaciones límite<sup>10</sup> (Coll, 2014): autolesiones, ingesta de cuerpos extraños, body packer/body stuffer, huelga de hambre, motines y revueltas.

Todos estos factores de salud son elementos diferenciadores de la atención de enfermería desarrollada en prisión en relación a la atención prestada en otros ámbitos de la salud,

*“Bueno, jo crec que hi ha una manca de formació específica en aquests àmbits. No es que m'hagin d'ensenyar res una infermera que no treballi en un centre penitenciari res sobre diabetis a mi, però sí que a mi m'han d'ensenyar segons quins tipus de funcionament i segons, fins i tot, patologies més prevalents i.. sobre psiquiatria, sobre drogues, sobre patologia infecciosa més prevalents dins de la presó.” (E4N)*

<sup>10</sup> Según Coll (2014) la situación límite es: “L'estat final en que es troba una persona en un moment determinat d'impulsivitat, desordre mental i/o demanda que no s'hauria de superar, doncs de ser així, podria posar en perill la seva vida i/o la vida de terceres persones”. (p. 171)

*“Hi ha 3 o 4 àmbits que qualsevol infermera penitenciària necessita desenvolupar, ojalà fos abans d'entrar a la presó, però bueno. Inevitablement hi ha una patologia més prevalent, sigui d'infeccioses, de drogodependència i de psiquiatria, jo crec que són els 3 àmbits més grans. Hi ha més prevalença, per tant, ens hem de formar més en aquests àmbits.” (E4N)*

*“Todos los profesionales que trabajan en prisiones han de estar formados en el conocimiento del Contexto penitenciario, subcultura carcelaria, Reglamento Penitenciario, Normativas y la Ley Orgánica general Penitenciaria, es evidente que no hace falta que lo conozcan todo, pero si, la parte que les corresponda por su área de trabajo. Creo que es una formación básica.” (E3A)*

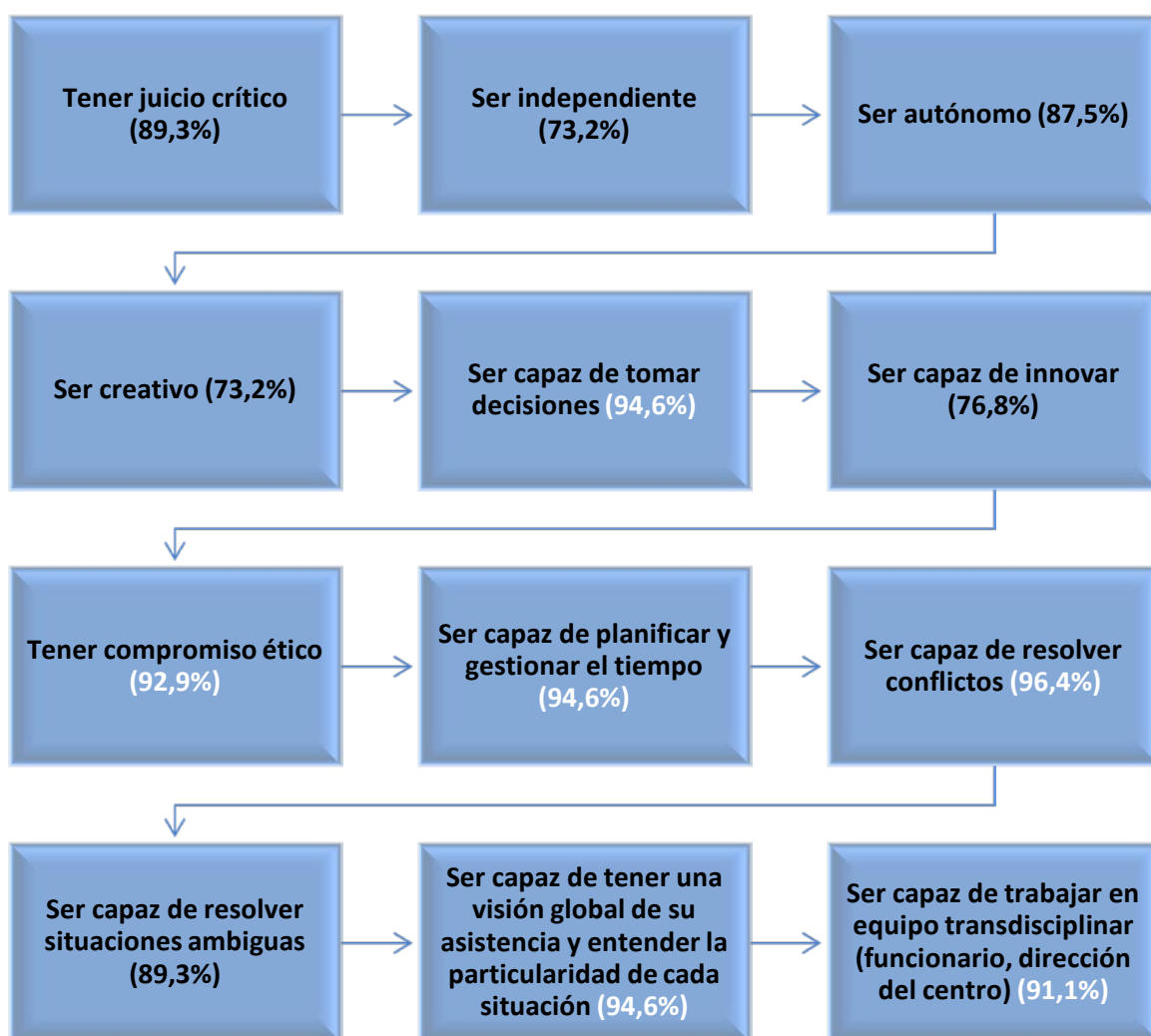
Por último y referente al argot penitenciario, han valorado la importancia de incorporar a su práctica el lenguaje codificado de los reclusos con una media de 0,48. Lo ven como un recurso importante para entender porque suceden las cosas, obtener información para optimizar la relación con el paciente y acercarse al recluso según los objetivos planificados en la intervención de la enfermera,

*“Conocer el argot penitenciario es un recurso importante porque es un modo de obtener información y entender porque pasan las cosa. [...] Conocer el argot penitenciario está relacionado tanto con el contexto como con la seguridad.” (E1R)*

*“Pienso que es necesario conocer el argot penitenciario y utilizarlo dependiendo del interno.” (E3A)*

### **COMPETENCIAS TRANSVERSALES**

Para completar la dimensión de competencias del enfermero penitenciario, se ha incorporado a la investigación la categoría de **competencias transversales**. Para ello nos hemos basado en autores como Dewey (1989) y Schön (1992, 1998) que nos aportan la esencia de la formación de profesionales que reflexionan desde la acción y se convierten así en investigadores de su propia práctica. Para recoger información referente a esta categoría, hemos planteado la siguiente pregunta (20): *“Indica en qué grado son importantes las siguientes competencias del enfermero en el medio penitenciario para desarrollar sus asistencia en relación con el paciente-recluso”,* y se han obtenido los siguientes resultados:



**Figura 11: Competencias transversales del enfermero penitenciario.**

Estas competencias transversales se desarrollan en las titulaciones universitarias con la intención de formar profesionales reflexivos en su propia práctica, mejorando sus intervenciones y gestionando su tiempo y sus recursos. Los encuestados nos destacan la importancia de contar con profesionales que sean capaces de tomar decisiones y resolver conflictos para adaptarse a las situaciones que suceden en el día a día por la inmediatez, la gravedad de la urgencia y dar respuesta a situaciones inseguras,

*“Si, la reflexión es necesaria porque trabajamos en un medio donde la inmediatez lo requiere. Un ejemplo es cuando trabajas en un centro de jóvenes en el que durante las guardias estás completamente solo porque el médico solo hace localizaciones! Ahí es donde tienes que agudizar tus sentidos: Eres autónomo, sí porque estas solo como sanitario y la mayoría de veces tienes que ser creativo e innovar porque no siempre tienen los recursos que necesitas.”*  
(E2L)

*“Tenías que crear, que innovar cosas y lo tenías que hacer por ti misma. Muchas veces en centros pequeños, en los que estabas sola porque no coincidías con el*



*médico, cuando había una urgencia tenías que resolverla tu sola hasta que llegaba el médico o emergencias a buscar al interno. Tenías que buscarte la vida y tirar para adelante como fuera. Tenías que ser muy creativa y muy resolutiva.”* (E3A)

*“Si en la nostra feina és important prioritzar, aaa dins d’una presó encara més perquè tu pots tenir els imprevistos encara són molt més accentuats i has de tenir com infermera habilitats per resoldre ràpid, ehheh [...]”* (E4N)

Cómo saber planificar y gestionar el tiempo, tener una visión global de su asistencia, entender la particularidad de cada situación y ser capaz de trabajar en equipo transdisciplinar, son capacidades que el enfermero debe integrar en su hacer del día a día para optimizar sus recursos personales en la gestión de su intervención. El profesional ha de ser capaz de gestionar y autogestionarse el tiempo porque la normativa penitenciaria en relación a los horarios regimentales y la necesidad de la presencia del funcionario en sus actuaciones marca su estrategia organizativa para dar respuestas a las demandas asistenciales,

*“Necessites informació, necessites treballar en equip, necessites ehheh... saber moltes coses i sobretot adquirir, tenir habilitats personals per... per poder desenvolupar-te en situacions crítiques perquè la vida dins de la presó està plena d’imprevistos i... la infermera pot tenir molt bé organitzada la seva feina però .... de cop i volta el pacient que té davant ehheh... doncs darrera hi ha un pacient agressiu, hi ha un funcionari que està lluny i un altre que et vol comentar una cosa, llavors... jo crec que ha de tenir habilitats especials per... per en sortint-se’n d’aquestes coses, no? en aquest entorn.”* (E4N)

Hemos hablado con anterioridad, en el apartado de las habilidades generalistas, del límite entre la ética y la normativa penitenciaria. La capacidad de compromiso ético es una competencia que ha estado valorada por el 92,2% de los encuestados. Esto nos aporta que en las capacidades que debe desarrollar un enfermero en prisión, debe estar presente este compromiso. Somos nosotros, los profesionales de la salud, los que debemos poner los límites para atender preservando la intimidad, la privacidad, la confidencialidad y teniendo en cuenta las normas penitenciarias y la situación de seguridad. No debemos extralimitarnos por inseguridad o por el cumplimiento de la normativa y vulnerar la ética de nuestra atención. Tenemos que ser conocedores de cada situación en particular y la globalidad de nuestra asistencia contextualizada.

Por otro lado, aprovechando la dilatada experiencia en el contexto penitenciario del grupo de enfermeros encuestados, les hemos cuestionado si serían capaces de acercarse a la realidad del paciente identificando cuál creen que es la escala de valores del recluso respecto al constructo salud dentro de prisión (pregunta 23). Del análisis hemos identificado que elementos como la libertad, la familia, los permisos penitenciarios, las drogas, las comunicaciones, la inmediatez en la

resolución de sus problemas, la medicación, el polideportivo y los talleres son factores que los reclusos establecen como prioritarios objetivos en relación a su salud. Conocer este hipotético posicionamiento del recluso, es de gran recurso para el diseño de intervenciones socioeducativas en materia de salud en el contexto penitenciario, ya que puede existir un bloqueo cognitivo-conductual en el paciente al priorizar otros temas por cuestiones familiares (comunicaciones, vis a vis), sociales (pérdida del trabajo), de convivencia (relación con otros internos en la celda o en el módulo donde vive), de la vida penitenciaria (deudas, extorsiones) o por sus propias necesidades personales (drogas, tabaco, polideportivo, medicación psicotrópica) que reducirán el éxito en la consecución de los objetivos asistenciales.

A modo de resumen:

Los hallazgos descritos por los informantes nos aportan datos y contribuyen en la identificación de las categorías de las competencias del enfermero penitenciario que desarrolla sus cuidados en prisión. Dentro de la formación generalista se tiene que aportar habilidades comunicativas y sociales para trabajar con el paciente-recluso y el funcionario. Se debe abordar al paciente desde el equilibrio entre la ética y la normativa penitenciaria.

Por otro lado, la formación específica debe incluir áreas de salud como: drogodependencias, salud mental, enfermedades infecciosas, comunitaria y urgencias, así como atender desde la diversidad y la multiculturalidad. Además, los conocimientos del argot penitenciario, la reglamentación y la cultura carcelaria deben contemplarse como un área más de esta formación específica.

En relación a las competencias transversales es necesario formar profesionales reflexivos en su práctica que sean capaces de tomar decisiones, que tengan la capacidad de resolver conflictos, planificar y gestionar el tiempo concreto a los horarios regimentales, así como trabajar desde la perspectiva transdisciplinar y tener una visión global de la asistencia y particular de cada caso.

En la siguiente figura podemos observar la relación entre estos aspectos:



Figura 12: Competencias del enfermero penitenciario.

### 6.3. VIVENCIAS Y EXPERIENCIAS DEL ENFERMERO EN EL CONTEXTO PENITENCIARIO

Una vez abordadas las dimensiones del perfil profesional y competencias del enfermero penitenciario para su socialización en este contexto único, seguiremos con el proceso de investigación con la intención de dar respuesta a los objetivos específicos. Con estos objetivos queremos identificar los actores, símbolos, códigos, significados y el lenguaje del contexto penitenciario necesarios para la socialización del enfermero en esta institución, además de interpretar sus experiencias y vivencias en el desarrollo de sus cuidados.

A estos objetivos nos hemos acercado mediante un proceso **comprensivo** de la realidad de este profesional que nos caracteriza la socialización profesional del enfermero penitenciario calificándolo desde un enfoque global, sin fragmentarlo ni seccionarlo en variables, buscando la comprensión de la situación en su totalidad. El proceso se estudia desde la contextualización, teniendo en cuenta las relaciones dentro del sistema o cultura, como es la prisión. Un ir y venir de sentimientos, percepciones, ideas y visiones del mundo penitenciario que construye una realidad singular para profesionales de la salud. Esta etapa del proceso de investigación nos acerca al fenómeno a partir de la experiencia y vivencia del enfermero en este contexto y de la finalidad que le atribuye. Aportamos un **enfoque etnometodológico** para acentuar el análisis cualitativo puntualizado por las pautas de la interacción social, en la forma que los individuos crean y

construyen sus formas de vida, el orden y las reglas sociales. No se centra en el qué de las realidades humanas cotidianas sino en el cómo. Los cómo de estos logros no son problemáticos para los miembros, no obstante, son fundamentales para la inteligibilidad, la eficacia y la eficiencia de la práctica enfermera en prisión ya que facilitan la comprensión y la aceptación. El manejo de los asuntos cotidianos de los reclusos da por sentado que los otros aplican y usan los mismos métodos.

Se han planteado como estrategias para la obtención de la información: la entrevista en profundidad y la observación participante mediante un diario de campo.

Como ya se había comentado con anterioridad, la observación participante se ha desarrollado en el centro penitenciario Quatre Camins. Se han tomado anotaciones mediante un diario de campo por parte de la propia investigadora de este proceso.

El desarrollo de las prácticas diarias nos aporta la definición de la **dimensión del contexto**. Esta dimensión está construida a partir de diferentes categorías: agentes sociales, normas, códigos, lenguaje, roles y valores conocidas e inteligibles para el enfermero dentro de prisión. Su día a día refleja la construcción de la vida social a través del lenguaje. Las formas simbólicas constituyen una indexidad infinita, no obstante los significados son inteligibles para los que habitan en el contexto. Su reflexibilidad para designar a las prácticas, a las actividades sociales y la equivalencia entre la comprensión y la expresión de dicha comprensión. Aquellos fines prácticos que describen y organizan las actividades y prácticas que desarrolla el enfermero en su atención contextualizada y conocer esa especie de códigos que lo hacen integrante del grupo social: la comunidad penitenciaria.

Intentaremos adentrarnos en este contexto singular que tal como lo define (Coll, 2014) es: *“un espai de comunicació, accions i normes que determina les relacions que s’arriben a desenvolupar entre els agents que viuen (interns/es) i conviuen (personal) dins la institució penitenciària.”* (p.26), con la intención de darle explicación a las prácticas que llevan a cabo los agentes sociales que participan en las interacciones de la vida en prisión: *“[...] la presó és un entorn contenidor (accentua CONTENIDOR): no es delinqueix, no es consumeix o es consumeix menys, o no tenim a l’abast segons què, llavors surts al carrer i (SUSPIRA).”* (E4N)

#### **AGENTES SOCIALES**

Dentro del medio penitenciario, las interacciones se dan entre diferentes actores: **recluso, funcionario, personal de tratamiento (rehabilitación) y sanitarios**. Las relaciones son necesarias, independientes, complementarias y por seguridad. La vida penitenciaria es un continuo de relación entre los diferentes actores sociales. No podríamos estar un día en prisión

desarrollando nuestro trabajo sin interactuar con y entre los agentes, pues ellos son la vida que construye la cultura y la convivencia penitenciaria. Los mismos agentes pueden ubicarse en diferentes espacios y pueden tener diferentes funciones. La ubicación espacial de los agentes como el funcionario en un búnker, el recluso en el patio o en el comedor; la forma de vestir (los funcionarios de color azul, los sanitarios de color blanco, los internos que trabajan en cocina de color amarillo y el resto de internos no pueden coincidir con estos colores en su vestimenta para evitar evasiones e incumplimientos de las normas); las funciones de cada uno de ellos según su finalidad (funcionario en el patio o en el mando de control o acompañando a un interno de confianza). Estas particularidades determinan las prácticas sociales y nuestra interacción con cada uno de ellos en diferentes momentos,

*“Yo pienso que cada uno tenemos un rol diferente, nosotros somos sanitarios y nuestra función es promocionar la salud, hacer prevención y curar, la función del funcionario es: custodiar y vigilar al interno, y velar por la seguridad de los trabajadores, en este caso nosotros.” (E3A)*

*“Ja m’agradaria que no condicionés, però condiciona. Condiciona la seva historia penitenciària, condiciona si està ingressat en un mòdul concret, si està a psiquiatria, si està tal... condiciona moltíssimes coses. Condiciona l’entorn, condiciona, si jo crec que sí que el context condiciona la nostra tasca assistencial.” (E4N)*

*“Si te fijas estamos hablando todo el tiempo de seguridad, porque es una seguridad diferente a la que pueda haber en un accidente de tránsito. Aquí el agresor puede ser el propio paciente o el que tengas al lado. No nos protegemos de la circunstancia, como es un accidente de tránsito. Nos protegemos de que esta persona no te pueda agredir.” (E2L)*

Diario de campo:

Día 4/5/16: *“Son las 11:15h de la mañana, tenemos que visitar a un paciente, varón de 51 años F.A., que ingresó en el centro ayer por la tarde, alrededor de las 18:40h, bajo los efectos del alcohol. [...] En ese momento F.A. arranca a llorar. -¿Qué pasa F.A? Se hace un silencio (10 segundos). [...] - ¿Qué van a pensar mis hijos? ¿Qué va a pensar mi jefe? Soy un desastre.[...] Todo esto lo dice llorando desesperadamente. La doctora y yo nos mantenemos en silencio. F.A. baja la mirada, se frota las manos muy ansiosamente y mueve las piernas descontroladamente. [...] Te pondremos medicación para evitar posibles complicaciones de la abstinencia y si te encuentras mal nos tienes que avisar. -¿Eso qué es? -La medicación que te ha pautado la doctora. -Yo eso no me lo voy a tomar, yo no sé lo que hay en ese botecito. La medicación se prepara y se diluye en agua, a ese preparado lo llamamos: potito. [...] Se mantiene una relación de confianza desde una visión global del problema de F.A y entendiendo la particularidad de esta situación en el que nuestro objetivo sanitario es que se tome la medicación [...] además de prevenir un estado ansioso que puede perjudicar la relación con otros compañeros (reclusos) y el funcionario del departamento de enfermería.”*

Estas vivencias y experiencias nos caracterizan las interacciones con diferentes actores que el enfermero se encuentra en esta realidad. Se requiere trabajar e intervenir desde una visión global de la situación, informando, desde la escucha activa y la negociación con el objetivo de anticiparnos a los posibles eventos desafiantes. Nuestra actuación deriva del vivir del recluso: si demanda inmediatez en su atención nos vemos implicados el profesional sanitario y el funcionario; si tiene un ajuste de cuentas con otro recluso,

*“Alguna vez, pero en una situación de agresión entre reclusos, lo más habitual es que se callen, a veces por miedo al agresor y a veces porque no quieren que los funcionarios se enteren y así buscar el momento de vengarse.” (E1R)*

### CÓDIGOS

Nuestras prácticas asistenciales están reguladas por los códigos formales (protocolos, circulares e instrucciones) e informales de la prisión. La vida en este sistema social determina nuestro posicionamiento como sanitarios, ese saber hacer inteligible es lo que le da significado a nuestra práctica que dista mucho de la que hemos visto en otros ámbitos de la salud,

*“[...] existen una serie de actuaciones sujetas a normativas que están protocolizadas y en las que los enfermeros tenemos unas funciones: las contenciones, las salidas hospitalarias, los aislamientos.” (E3A)*

*“[...] sobretodo cuando vas a pasar visita a un módulo especial o en un DERT. En este caso siempre es imprescindible la figura del funcionario. Y luego para el traslado de los internos. Por ejemplo si tú vas a una celda y ves que allí no puedes atender al interno y te lo tienes que llevar, siempre tienes que ir acompañada de funcionarios.” (E3A)*

Algunos códigos informales son visibles e instaurados por la propia organización y rutina del centro. Los tempos marcan la obligación de la atención por parte de los profesionales y los reclusos la esperan como rituales normativos,

*“Un centre penitenciari funciona, més o menys en aquesta escala per: metadona, medicació, és prioritari, i després tenim les comunicacions amb la família, el tabac. L'absència de tabac, semblarà una tonteria però ens dóna molts problemes, ens venen dels calabozos sense haver fumats i ens venen histèrics i en quan poden aconseguir tabac, ehhh, de cop i volta tot canvia, no? o quan ja han pogut contactar amb la família i s'han tranquil·litats o tenen una visita amb els fills, i els fills estan bé o tal, tot es tranquil·litat. I després el tema del menjar, també és important per elles però és totalment secundari al costat de la medicació i del contacte família. Jo crec que el contacte amb l'exterior, saber que estan bé els de fora iii... el tema medicació, metadona, atendre les necessitats bàsiques mèdiques, a partir d'aquí funciona un centre penitenciari.” (E4N)*

Diario de campo:

*Día 2/4/16: “Es sábado, estoy de guardia repartiendo la metadona para todo el centro penitenciario. Son las 9:45h, me desplazo al MR-1 para dispensarla. Voy acompañada por una funcionaria (ella lleva walkie-talkie). Se avisa a los internos por megafonía y se esperan en fila por orden alfabético y se les entrega un calendario-ficha para firmar la confirmación de la administración de la dosis diaria. [...] La funcionaria al acabar me entrega el calendario de R.J. y observo en el calendario que faltan las firmas de los 2 días anteriores, conforme que no ha venido a buscar la metadona. Cuando vuelvo a la sala de trabajo de enfermería, una de las auxiliares de enfermería que está con nosotros de guardia comenta: -Ya hace días que no viene a recoger la metadona, seguro que está consumiendo y por eso no viene a buscarla. El módulo está llenito de droga.”*

Nuestra actuación debe seguir pistas y señales que nos ofrecen los propios reclusos y los profesionales con los que trabajamos a diario. Debemos escuchar, observar, ser pacientes para buscar lo inteligible de aquel mensaje que pasa por delante nuestro con el propósito de ser leído para identificar, interpretar y actuar frente las ausencias, los silencios y los misterios de las prácticas:

*“Si m’he trobat. Moltes vegades, faig amb aquesta bona intenció i... vas descobrint coses, llavors quan tens una actitud d’escolta, vas descobrint algun tema de manipulació, algun tema d’utilitzar el tema mèdic per altres coses, vas descobrint coses.” (E4N)*

*“Per les dues coses. Per benefici del pacient, evidentment, és beneficiós pel pacient no canviar de mòdul per fer “trapicheos”, no? i per benefici meu, bueno el meu objectiu és atendre-les millor. Si puc parar una manipulació o puc parar una situació concreta, pues benvinguda sigui.” (E4N)*

La experiencia te ayuda a entender al paciente aprendiendo de sus códigos, llevan muchos años en prisión y conocer sus ritmos nos facilita detectar cambios en el comportamiento ya que seguro que detrás hay una intencionalidad desconocida, pero algo hay,

*“T’ajuda a entendre al pacient, perquè tenim molts pacients que porten molts anys a presó i hi ha coses que ells donen per sentat que tu ja saps!!!... donen per sentat que tu ja saps i tuuu.... no saps ben bé de que parlen, i amb els anys has d’aprendre de que que segons quines coses tenen aquest nom, segons el que ooo bueno no sé. T’ensenya, aquest argot, t’ensenya a treballar amb aquest pacient ja cronificat de presó que en tenim molt i t’ensenya, no a posar-te al seu nivell, però... si ell veu que tu coneixes l’entorn, i que tu domines una mica l’entorn, ell dirà: oi mira esta tia, esta tia, puedo trabajar bien con ella porque esta tia controla, no?” (E4N)*

Diario de campo:

Día: 20/5/16: *“Es martes son las 10:10h, en el departamento de enfermería. El funcionario del departamento me pregunta: -¿Quién se queda de baja en celda? y la auxiliar de enfermería comenta que J.M. se quiere quedar de baja porque le duele la cabeza. [...] Nos avisan desde tratamiento que el viernes de la semana siguiente J.M. tiene un permiso para el viernes 27/5 y que saldrá dos días a un centro. [...] Después de haber preparado todo, llega el viernes y J.M. no sale de permiso. Ha sido denegado por el equipo de tratamiento por dar un positivo en orina. Detrás de aquella baja en celda no había solo un dolor de cabeza, sino de alguna manera J.M. había conseguido alguna pastilla por “trapicheos” y había dado positivo.”*

La ausencia de compartir patio con los otros compañeros, tener el mínimo contacto con los funcionarios y sumergirse en su propia intimidad nos lleva a codificar ese comportamiento del paciente como irregularidad en las rutinas del propio contexto. Los hábitos y costumbres nos ayudan a visualizar la anormalidad de las prácticas. Hay un mensaje oculto que podría ser descifrado desde la experiencia del profesional. Nos acompañan códigos formales e informales que descifrarlos antes, durante y después para nuestra atención enfermera, nos lleva a comprender la actividad diaria del centro, y de no conocerlos implica una ignorancia que con la experiencia más incorporando en tu mochila para tu intervención.

## **NORMAS**

Las normas penitenciarias implican conocer e informarnos de su existencia y conocimiento para enfrentarnos a las diferentes situaciones de la vida en prisión. En diferentes acontecimientos los sanitarios nos vemos implicados directa e indirectamente,

*“Hay que saber que hay una normativa, unos horarios regimentales, que tienes que trabajar en un sitio concreto,... O bien las urgencias, pude ser que estés solo o bien con un médico, el caso es que tienes que saber hasta donde puedes llegar, y también todo lo que tienes que controlar.” (E1R)*

A diferencia de otros ámbitos de la salud, como la atención hospitalaria o la atención primaria, cuando las celdas se cierran no puedes llamar al paciente a la consulta de enfermería para darles información, no le puedes hacer una cura, etc. porque la norma es que los internos estén cerrados desde las 13:30h hasta las 16:30h y de 21:00h a las 8:00h. Únicamente, si fuesen urgencias el paciente sería atendido por riesgo vital o por su estado sintomático (por ejemplo: dolor intenso, vómitos, mareos, herida sangrante, etc.),

*“Per suposat, les ha conèixer i les ha d'adaptar. Jo no puc cridar a una diabètica quan està al menjador amb els coberts, perquè no. M'hauria d'haver preocupat,*



*si no és una urgència, d'haver-la cridat 10 minuts abans, i si l'he de cridar en aquell moment parlo amb el funcionari: escolta, puc pujar al menjador, em passo això, aquesta senyora ahir estava a 400 de glicèmia... i treballant en equip, vaja jo no he tingut mai cap problema.” (E4N)*

Diario de campo:

*Día 14/3/16: “Estamos en la sala de curas (sala de urgencias) del centro. Son las 12,30h de un martes, y se avisa a un paciente para realizarle un electrocardiograma (ECG). Se llama al MR-5 y se reclama al paciente mediante el funcionario que está en el búnker. Es un módulo de sancionados y todas las atenciones las tenemos que realizar en el mismo módulo, por motivos de seguridad y normativa. [...] Se llama por teléfono al MR-5 y reclamo al interno, me comenta el funcionario: -Cuando nos has llamado han cantado un código 1 desde el módulo-2, y no teníamos funcionarios para traer a M.L. A las 13:00h empiezan a comer los internos en el módulo y a las 13:30h es hora del recuento y los internos ya estarán cerrados en sus celdas. Como la prueba no es urgente, se valora la situación y se deja programado para el día siguiente. Se deja anotado en la historia clínica del paciente.”*

*Día 15/4/16: “Es un jueves por la tarde, son las 17:15h. Estamos en la consulta de ingresos y tenemos que realizar la visita sanitaria de ingresos, el médico y un enfermero. El interno que tenemos en la consulta se llama K.K. Procede del centro penitenciario de jóvenes. Este chico ha cumplido los 23 años. Durante la consulta, el chico pregunta reiteradamente: -¿Cuál es el módulo más tranquilo? ¿Por qué me llevarán a un módulo tranquilo, verdad? Yo vengo del centro de jóvenes y tengo que estar en un módulo tranquilo. [...] -A mí me han dicho que el módulo 3 o el 4 son módulos tranquilos. El chico no deja de frotarse las manos y buscar la mirada del médico. -Mañana vendrá el educador o el pedagogo y te harán la entrevista y ya te dirán en qué módulo vivirás. El chico estaba muy angustiado y con ojos llorosos. Le comentamos al funcionario del departamento si está viviendo solo en la celda. Nos comenta: -Sí que está solo, como ha venido esta tarde no lo hemos puesto con nadie. Le comentamos que mejor viva acompañado hasta que pase a módulo, ya que en la consulta estaba muy nervioso y con un lloro fácil. Hay que preservar su seguridad porque podría intentar hacerse daño al no aceptar ni ser capaz de gestionar esta nueva situación de encarcelamiento.”*

Los propios pacientes nos envían señales y avisos con sus actitudes y comportamientos. Aunque no verbalice su miedo e incertidumbre, ellos viven muchas situaciones que por su condición masculina no quieren derrumbarse ante situaciones que les superan. Poca maniobra les queda en sus decisiones: entras aquí, te pones aquí y tienes que hacer esto. Esa es la vida en prisión unos horarios, normas y hábitos que deben asumir e integrar y que no siempre se gestionan con facilidad. A veces, tenemos que tomar decisiones por ellos que les puede beneficiar en las siguientes horas de su vida penitenciaria. Sus movimientos, expresiones y significados son alertas y mensajes entre el colectivo de reclusos.

**LENGUAJE**

Los reclusos necesitan de unos códigos y normas como garantía estructural de resistencia permanente contra la institución, además de su propio lenguaje o también llamado argot penitenciario para esquivar las sanciones de la propia institución. Para los profesionales que trabajamos en este medio conocer su lenguaje nos integra y socializa en la vida penitenciaria para responder a sus actuaciones y detectar situaciones inseguras,

*“Conocer el argot penitenciario es un recurso importante porque es un modo de obtener información y entender porque pasan las cosas.” (E1R)*

*“Situaciones como por ejemplo poner nombre a las pastillas: “la pantera rosa”, ¿qué es la pantera rosa,..? Pues el Tranxilium 50. [...] Conocer el argot penitenciario está relacionado tanto con el contexto como con la seguridad.” (E1R)*

*“Sí, que es necesario conocer el argot penitenciario para los cuidados enfermeros, porque es la manera en que ellos se comunican y te puede reportar mucha información.” (E1R)*

*“Sí, por ejemplo el nombre de una radio “El Loro” Se referían a una radio pequeña que tenían escondida en la celda y no está permitido, pero ellos sobre todo utilizan su argot en temas de seguridad. [...] he dicho antes pienso que está relacionado mayormente con temas de seguridad.” (E2L)*

La experiencia del paciente en este contexto y la normalidad de lo que sucede nos llevan a incorporar hechos incomprensibles desde el punto de vista sanitario. Incorporamos sucesos y acontecimientos propios de la vida en la prisión inteligibles cuando no sabemos la connotación y significado de las palabras con las que a veces se comunican,

*“Sí, és necessari l'argot penitenciari. [...] A principi pensava que no, però amb els anys penso que sí. [...] T'ajuda a entendre al pacient, perquè tenim molts pacients que porten molts anys a presó i hi ha coses que ells donen per sentat que tu ja saps. Ill... donen per sentat que tu ja saps i tuuu.... no saps ben bé de que parlen, i amb els anys has d'aprendre de que que segons quines coses tenen aquest nom, segons el que ooo bueno no sé. T'ensenya, aquest argot, t'ensenya a treballar amb aquest pacient ja cronificat de presó”. (E4N)*

Su cronicidad en la cultura penitenciaria les hace formar parte de un grupo de iguales del que participan los reclusos de un mismo módulo. Los reclusos se enfrentan a las adversidades normativas en las que la observación y la escucha son las funciones que tienen los funcionarios para evitar alteraciones en la vida penitenciaria. Los sanitarios nos aproximamos a ellos para sensibilizar la relación de los acontecimientos diarios,

*“[...] bueno els hem de demostrar que nosaltres coneixem l’argot penitenciari, les seves normes, les coses que han de patir ells cada dia de normativa, i de tot, jo crec que hem d’estar ben assabentats, i això permet treballar millor amb elles, no?” (E4N)*

En la titulación del grado en enfermería, el aprendizaje del lenguaje sanitario se inicia desde los primeros días de facultad en áreas como: farmacología, fisiopatología, estadística, medicoquirúrgica, etc. Si no nos enseñasen el significado de esos conceptos sanitarios no podríamos comunicarnos entre profesionales. De la misma manera los conceptos del lenguaje penitenciario incorporan comprensión a las situaciones y las interacciones aproximando nuestra realidad a la del recluso, y en según qué ocasiones a los sucesos con los funcionarios,

Diario de campo:

*Día: 10/6/16: “Es un miércoles por la tarde, son las 18:45h. Nos avisan los funcionarios del MR-5 por teléfono que el interno F.B. está muy raro que parece que se ha fumado algo. Nos explican que está sancionado y que vive solo en la celda. Por el momento la auxiliar ha decidido no administrarle la medicación que lleva pautada para esa toma. Lo traen a la sala de urgencias, se le hace entrar y su caminar es errático, los ojos están muy rojos y le cuesta mucho mantenerlos abiertos. Su discurso era gracioso y poco coherente. Le pregunto al interno: - ¿qué ha pasado? ¿cómo te encuentras? y el interno responde: -No ha pasado nada. ¡Estaba tranquilo en el patio después me han llevado a la celda y mire donde estoy ahora! La funcionaria que lo acompaña le dice: Oye pero si llevas un “globo” porque te has fumado un “peta” dilo y ya está, ellos están para ayudarte.”*

*“[...] alguien se ha chinado como dicen ellos (autolesionado), [...] Por ejemplo: la primera vez que oí la palabra “chinazo” pensé que estaban hablando despectivamente de un chino. Después, me enteré que hablaban de un interno que se había autolesionado cortándose las venas del antebrazo, justo cuando me lo trajeron para que lo curara.” (E3A)*

## **ROLES**

En la prisión cada uno de los actores sabe y conoce su papel. Los roles profesionales están definidos en la normativa penitenciaria, es decir cada profesional tiene asignadas una funciones, y el actor que formalmente no tiene significado de sus interacciones es el recluso.

En las instituciones totales, el proceso inicial de socialización implica la destrucción de los antiguos valores, el abandono por parte de la persona de valores anteriores que ya no sirven

desde el punto de vista de la organización y que se tienen que definir en función de los nuevos roles que se adjudicaran (Goffman, (1970); Schein, (1977)).

Scharg (1954) describe cinco roles principales de los internos, roles de posición respecto al código del interno:

- El *kie* le permite controlar los recursos y las conductas de los otros reclusos, se beneficia de recompensas materiales y de reconocimiento social. Consigue alcanzar más fácilmente los intereses y los deseos.
- El asocial en rebeldía constante y anárquica contra los internos y el personal.
- El prosocial cumple las normas formales de la prisión.
- El pseudosocial varía su actitud, aceptando las normas al mismo tiempo que el propio código y que maneja a los unos y a los otros.
- El paria categoría construida por sujetos que suelen ser menospreciados por otros presos por motivos diversos.

Conocer estos roles por parte del enfermero enriquece la interacciones en las prácticas diarias con los reclusos y nos genera comprensión e interpretación de los reclusos en dichas prácticas. Anticiparnos a nuestro saber actuar frente al recluso por identificar el rol que desarrolla en la institución economizará nuestra interacción. La relación terapéutica conservará su esencia al encajar en el posicionamiento con el recluso aplicando habilidades sociales y comunicativas como el autocontrol, la capacidad dialogante, la paciencia y la negociación, entre otras.

En los centros de mujeres la condición de ser reclusa y madre cambia la interacción entre el personal sanitario y la reclusa. Además, de los roles descritos anteriormente se acentúa la inestabilidad situacional de la mujer dentro de la prisión. Es un factor que afecta a la concienciación de la enfermedad por tener problemas donde la solución está fuera del alcance de la propia reclusa,

*“Evidentment, si és mare a la presó condiciona, jo crec, que condiciona una passada. Ja pots tenir davant una diabètica, hipertensa descontrolada i tal que acaba d'entrar a la presó, l'únic que li preocupa és que té tres fills a casa i que no sap amb qui deixar-los. Vull dir condiciona el tema, pot ser, més que de presó, que sí que és veritat de presó, el tema social. El tema, el tema social d'aquella persona, per lo menys a les dones condiciona moltíssim. Condiciona la seva manera, fins i tot de veure la seva malaltia. “Bueno sí yo ya sé que tengo la tensión alta però no voy nunca al médico porque tengo una abuela que cuidar, un niño discapacitado, un marido desatre” i ara està plorant perquè no ha pogut parlar amb els seus fills, pues clar li prendràs la tensió i estarà pels núvols, per tan jo m'he adaptar a aquesta situació i ja li prendré la tensió més tard o ja faré*

*en aquell moment una xerrada terapèutica i una trucada de telèfon a la psicòloga que acaba d'entrar una noia, no sé.” (E4N)*

*“Cóm per exemple que moltes vegades no hi penses i et diuen que hi ha una urgència en una cel.la tal i et coles allà a la cel.la amb tot i no hi ha cap funcionari. Ooooo... tal nooo, de vegades no hi penses només penses en l'àmbit sanitari.” (E4N)*

Siguiendo con la significación de los roles, con anterioridad hemos hablado de la relación del enfermero con el funcionario, en el apartado de perfil profesional. Como hemos señalado la relación con este actor social es colaborativa, de seguridad, normativa y dependiente. Recordemos que entre esta relación y la ética nos mantendrá el equilibrio del rol del funcionario como profesional transversal en nuestras actuaciones.

### **VALORES**

Desviar nuestro compromiso profesional porque el paciente esté institucionalizado en un contexto coercitivo (Castillo, 2012) podría marcar un antes y un después de nuestra socialización profesional. Hay constancia en los resultados obtenidos que una de las motivaciones para trabajar en prisión como enfermero es por las características de la población que atendemos. Además, la atención a la salud es un derecho como los pacientes que atendemos en otros ámbitos de la salud, es decir tienen otras necesidades pero con los mismos derechos que la población general (Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad),

*“Lo primero es tener en cuenta que es un paciente como cualquier otro y por tanto la atención debe de ser la misma.” (E2L)*

*“Nosotros somos profesionales de la salud y nuestra atención ha de ser la misma para todos.” (E3A)*

Con estos discursos aportamos como los valores del enfermero no cambian cuando se atiende a este tipo de paciente por la condición contextual y delictiva. Sus valores no cambian y dedican su tiempo, esfuerzos y compromiso en las mejores intervenciones sanitarias y socioeducativas.

Son muchas las vivencias, discusiones y pactos para negociar las intervenciones sanitarias en relación a la salud del paciente. La escala de valores del recluso está marcada por priorizar cuestiones como la inmediatez, aspectos sociales y/o de la propia convivencia en prisión,

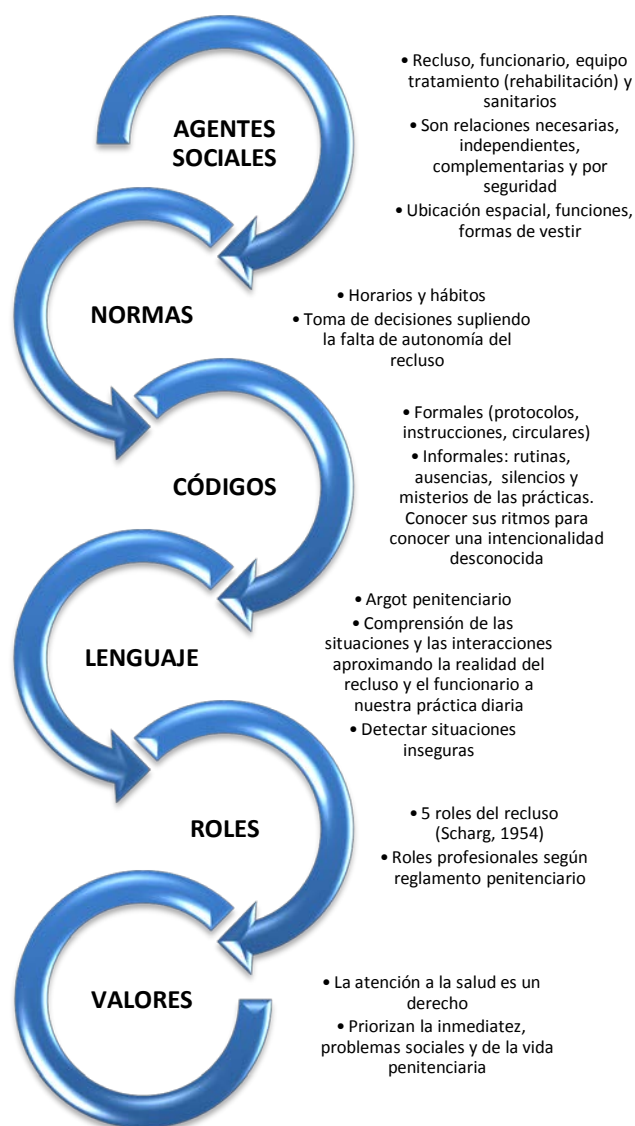
*“El recluso no prioriza la salud en prisión. La salud la tienen en un segundo plano. Ellos cuando necesitan atención sienten la inmediatez, y tiene que ser ya! Entonces sí. Pero cuando sienten la falta de salud, es decir, la enfermedad, la demanda puede llegar a ser histriónica, [...] que el recluso no priorice su salud dificulta mi atención enfermera.” (E1R)*

*“[...] jo crec que la salut ho posen, ho posen en segon tercer nivell i després una fumadora, una drogodependent, etc. en un primer moment pensa més en les drogues que en si té una ferida al peu.” (E4N)*

A modo de resumen:

Para concluir la dimensión contextual de la socialización del enfermero penitenciario hemos recogido de las experiencias y las vivencias de los participantes la información para comprender la realidad del profesional enfermero en prisión, con las conductas, relaciones e interacciones inteligibles desde el punto de vista de los agentes sociales, los roles, los códigos, las normas, el lenguaje y los valores que se adoptan para construir su vida profesional como se detallan a continuación: el enfermero debe compartir su práctica con agentes sociales como el recluso, el funcionario y el equipo de tratamiento. Son relaciones necesarias, independientes, complementarias y por seguridad, que determinará las funciones de cada uno de ellos, el espacio donde estén ubicados y sus formas de vestir. Debe seguir unas normas como son los horarios y los hábitos, así como estar implicado en la toma de decisiones supliendo la falta de autonomía del recluso. Se contemplan unos códigos formales (protocolos, instrucciones y circulares) e informales (rutinas, ausencias, silencios y misterios de las prácticas), debe conocer los ritmos del recluso para conocer una intencionalidad desconocida. Debe incorporar el argot penitenciario, pues le ayuda a la comprensión de las situaciones y las interacciones aproximando la realidad del recluso y el funcionario a nuestra práctica diaria, así como detectar situaciones inseguras. Debe saber identificar los roles del recluso y el rol profesional de cada uno según el reglamento penitenciario. El valor de la salud es un derecho, los reclusos dan valor esencial a la inmediatez, problemas sociales y de la vida penitenciaria.

En la siguiente figura se muestra la relación y la descripción de cada una de las categorías que comprenden el contexto:



**Figura 13: Perspectiva etnometodológica de la socialización profesional del enfermero penitenciario.**

## 7. CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en el apartado anterior se exponen las conclusiones a las que hemos llegado teniendo presente en todo momento los objetivos planteados en esta investigación:

1. Describir y comprender la socialización profesional del enfermero que trabaja en prisión.
2. Generar un modelo de socialización del enfermero de prisiones.

El constructo en el que hemos basado nuestra investigación para el desarrollo de los componentes que integran este proceso es la socialización, y más concretamente la socialización profesional. El proceso mediante el cual el enfermero desarrolla sus cuidados, competencias y

funciones dentro del contexto penitenciario requiere de un modelo de socialización profesional donde la formación generalista del Título de Grado en Enfermería no aborda sus competencias (Coll, 2014). El saber cuidar del enfermero se construye desde el paradigma de la complejidad y la multidimensionalidad de sus competencias profesionales y la especificidad del contexto penitenciario, donde diferentes autores lo definen como un sistema social, único, coercitivo y complejo.

Cuando el individuo se prepara y desempeña una actividad profesional dentro de la empresa, este sujeto en el trabajo aprende los roles a desempeñar en él, al fomentarse la reflexión sobre una serie de habilidades exigidas para integrarse laboralmente. Además, la socialización constituye un proceso de aprendizaje y la interiorización de normas, costumbres, valores y pautas, gracias a la cual el individuo conquista la capacidad de actuar humanamente. En una sociedad cambiante e innovadora se requiere una preparación muy especializada, pero con un tronco común polivalente que no entorpezca posibles cambios, reciclajes y adaptaciones (Fermoso, 1994).

El enfermero durante su formación académica desarrolla un proceso de socialización profesional que genera conocimiento para el desarrollo del saber, saber hacer y saber estar de su profesión según las directrices establecidas en el Libro Blanco de la Titulación del Grado en Enfermería (Bernués & Peya, 2004) basado en las orientaciones implementadas desde el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). Este proceso conlleva un aprendizaje de 4 años dentro de la Titulación del Grado en Enfermería en el que el alumno/a va adquiriendo una preparación generalista que facilita los recursos y las herramientas para poder desarrollar su labor profesional en cualquier ámbito de la salud. Durante este proceso internalizan ciertos valores y normas y participan de la acción social entre otros roles de referencia. Desenvuelven una identidad, autoestima, interacción con los modelos de roles y el juzgar las reacciones de los otros frente al rol. Asumen el rol de enfermero asimilando nuevas experiencias y aprendiendo nuevas habilidades, sumergiéndose en una nueva cultura con nuevas expectativas de valores y normas (Shinyashiki et al., 2006).

En el contexto penitenciario, el enfermero está en continua relación e interacción con actores sociales desconocidos desde la formación académica y su experiencia laboral en otros ámbitos de la salud como son el recluso y el funcionario. Es necesario formar el perfil profesional y las competencias del enfermero penitenciario desde una visión paradigmática de la complejidad, ya que promueve la identificación de la identidad profesional y la determinación a partir de la autocrítica y de potenciar la capacidad propia para establecer prioridades (Roca, 2013). El conocimiento debe ser producto de contenidos multidisciplinares y multidimensionales (Frade,



2009), donde el aprendizaje debe integrar las disciplinas del conocimiento, habilidades genéricas y la comunicación entre ideas (Ortega, 2008, citado por García-Retana, (2011)).

El enfermero penitenciario atiende a un paciente con un perfil demandante, conflictivo, desfavorecido, vulnerable y manipulador como resultado del devenir del propio contexto, los hábitos, usos y cultura de la prisión. El entorno penitenciario envuelve unos agentes sociales, normas, valores, roles, lenguaje y códigos contextualizados que debe adquirir el profesional, bajo la perspectiva sociológica ya que nos da cuenta de que el enfermero resuelve problemas y situaciones complejas en contexto con la capacidad de identificar si éstas representan adecuadamente los ámbitos de desempeño (Escudero, 2009). Tenemos que integrar en nuestra práctica diaria el componente de la seguridad, ya que el conocimiento de nuestros movimientos, los movimientos del recluso y la finalidad de las funciones del funcionario nos ayudan a construir un profesional competente, seguro y con garantías de éxito en su praxis.

El modelo de socialización profesional del enfermero penitenciario incorpora la contextualización de la cultura penitenciaria como interacción recíproca (Bermúdez, 2011). No tiene las mismas connotaciones el manejo de patologías como la diabetes, la hipertensión, cardiopatías, etc. dentro de prisión como en otros ámbitos de la salud ya que el cumplimiento de los horarios regimentales, la priorización de valores como la familia, los permisos penitenciarios, las drogas, el polideportivo, los talleres, etc. preferentes a su salud dificulta conseguir los propósitos de salud.

Diferentes autores escriben que en la formación generalista del Título de Grado de Enfermería existen carencias formativas y competenciales en diferentes contextos donde el enfermero desarrolla su labor profesional: urgencias y emergencias (SEEUE), enfermería intensiva y unidades coronarias (SEEIUC), salud mental (WHO, 2007), quirúrgica (Canals, 2004), gestión (Barquero et al., 2009, 2003), prisiones (Coll, 2014).

Por este motivo hay que diseñar intervenciones formativas en los planes de estudio del Título de Grado en Enfermería con formación a partir de asignatura optativa o formación específica (Coll, 2014) para abordar las competencias de la enfermería penitenciaria y necesidades recíprocas tanto del profesional como de la propia institución. Además de abrir espacios formativos comunes entre los profesionales funcionarios y los profesionales sanitarios expertos de los centros penitenciarios para intercambiar conocimientos entre el ámbito de la salud y el ámbito de la seguridad y el régimen penitenciario. Es una necesidad real y sentida por los enfermeros expertos proponiendo una formación complementaria y donde el mejor momento para desarrollarla es antes de incorporarse a su puesto de trabajo, ya que les ayuda, les genera control y seguridad.

Se debe visibilizar el modelo del proceso de socialización por parte del ICS, empresa que contrata a estos profesionales, la cual debe conocer y comprender que la previsión de servicios sanitarios en los centros penitenciarios dista de la realidad de la atención hospitalaria y la atención primaria. Los valores, normas, actitudes y habilidades deben ser diseñados específicamente para este profesional respondiendo a unas necesidades reales, sentidas y que discrepan de la realidad formativo-empresarial. La experiencia del ICS en contextos como el hospitalario y la atención primaria deben aportar unas cualidades maestras para este ámbito. Pero hay que tener presente el ser capaz de desimbolizar las normas, actitudes, habilidades y valores sanitarias de otros ámbitos para incorporar las particularidades de este contexto en el que trabajan profesionales con unos objetivos sanitarios pero con un perfil de paciente diferente y donde sus necesidades de atención, promoción y prevención de la salud son particulares bajo el dominio de la prisionización y la subcultura carcelaria. Requiere la necesidad de promover la formación de profesionales enfermeros reflexivos, profesionales que reflexionan desde la acción y se convierten así en investigadores de su propia práctica, por ello, es necesario reflexionar, inventar y probar estrategias (Schön, 1992) para resolver las prácticas diarias en prisión. El pensamiento reflexivo tiene su origen en situaciones ambiguas, conflictivas, que presentan un dilema, que suponen varias alternativas, situaciones de duda e incertidumbre (Dewey, 1989), situaciones como las que se han descrito en los resultados obtenidos en esta investigación. Las situaciones cambiantes, de riesgo, ambiguas y complejas en este contexto único nos lleva a preparar profesionales que den respuesta para y con el recluso en una realidad única.

La incorporación de profesionales a este contexto debería considerar un currículum con experiencia en la atención a poblaciones desfavorecidas, vulnerables y en riesgo de exclusión social. Deben ser profesionales que tengan la capacidad de contemplar el equilibrio entre la problemática social y la sanitaria del paciente e incorporar experiencia laboral y/o conocimientos en áreas de las enfermedades más prevalentes como: drogodependencia, salud mental, enfermedades infecciosas (VIH/Sida, hepatitis B y C, tuberculosis, enfermedad de transmisión sexual), así como las urgencias, diversidad y multiculturalidad (Schoenly & Knox, 2013) y las situaciones límites (Coll, 2014) y conocimientos de la normativa y la reglamentación penitenciaria para atender a los pacientes desde el equilibrio entre la ética y la normativa penitenciaria. Un profesional con competencias transversales en la toma de decisiones, resolución de conflictos, que sepa planificar y gestionar el tiempo, trabajar desde la perspectiva transdisciplinar y tener una visión global de la asistencia y particular de los casos en los que intervenga y atienda. Debe tener la capacidad de incorporar e identificar mediante la aplicación de casos prácticos y experienciales aspectos del contexto como: los agentes sociales (recluso, funcionario y equipo de rehabilitación), los roles (5 roles del recluso y los roles profesionales según el reglamento penitenciario), códigos (formales: protocolos, instrucciones y circulares, así como informales: rutinas, ausencias, silencios

y misterios de las prácticas, para conocer una intencionalidad desconocida), normas (horarios y hábitos, toma de decisiones por la falta de autonomía del recluso), lenguaje (argot penitenciario, detectar situaciones inseguras y acercar a nuestra práctica la realidad del recluso y del funcionario) y valores (priorización de los reclusos: inmediatez, problemas sociales y problemas de la vida penitenciaria).

## **8. LÍMITES Y PROSPECTIVA DEL TRABAJO**

---

Cabe puntualizar que las limitaciones de nuestra investigación podrían recogerse en los siguientes puntos:

- La muestra participante ha sido del 63% con un muestreo intencional y por accesibilidad considerando los resultados de las 2 terceras partes del colectivo enfermero de las prisiones catalanas.
- Se han realizado entrevistas a 4 enfermeras. Cabría saber si el género determina la información recogida y si esta información diferiría de los resultados obtenidos mediante esta estrategia, al estar presente en el proceso de socialización el condicionante de la seguridad.
- Que con el número de entrevistas, 4 intervenciones, no se haya llegado al mínimo para obtener la saturación de la información como criterio de rigor científico. Deberíamos ampliar el número de entrevistados hasta comprobar que la saturación de la información nos garantiza que no nos aporta más datos referente a las dimensiones exploradas.

Las líneas futuras de investigación nos alienta a describir y comprender el proceso de socialización de los otros profesionales sanitarios que participan en el contexto penitenciario: médicos y técnicos en curas auxiliares de enfermería (TCAI).

Otra propuesta de investigación sería generar el modelo de socialización del enfermero penitenciario en el estado español u otros países para poderlo comparar y saber si distan de los hallazgos encontrados en la población de la comunidad autónoma catalana.

Asimismo, se podría trabajar el proceso de socialización de los alumnos que están en prácticas en los centros penitenciarios para evaluar los cambios incorporados durante este periodo formativo y que propuestas se deberían incorporar para dar respuesta a las discrepancias formativas tanto a nivel teórico como a nivel práctico.

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Almost, J., Doran, D., Ogilvie, L., Miller, C., Kennedy, S., Timmings, C., ... Bookey-Bassett, S. (2013). Exploring work-life issues in provincial corrections settings. *Journal of forensic nursing*, 9(1), 3-13; quiz E1-2. doi:10.1097/JFN.0b013e31827a56f3
- American Nurses Association. (2013). Correctional Nurse Educator. <https://www.correctionalnurseeducator.net/>
- Amezcuca, M., & Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 209-219.
- Argudín, Y. (2001). Educación basada en competencias. *Revista de Educación/Nueva Época*, (16 Enero-Marzo).
- Barquero, A., León, R., Pascual, L. ., & Blasco, R. . (2009). El mapa de competencias para directivos de enfermería como herramientas de gestión y evaluación. *Nursing*, 27(9), 62-66.
- Barquero, A., Macías, A., Fera, D. ., & León, R. (2003). La formación en gestión en enfermería. *Enfermería Científica*, 258-259, 36-42.
- Bastos, M. A. R. (2001). O processo de socialização dos enfermeiros em um Centro de Tratamento Intensivo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 35(3), 291-299. doi:10.1590/S0080-62342001000300014
- Beltrán, M., Lino, E., Reyes, M., & Johan, M. (2010). De la teoría de la complejidad a la ética ecológica, XVI(1), 128-140.
- Bermúdez, H. L. (2011). La inducción general en la empresa. Entre un proceso administrativo y un fenómeno sociológico. *Universidad & Empresa*, (21), 117-142. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=187222420006>
- Bernués, L., & Peya, M. (2004). Libro Blanco: Título de Grado de enfermería., 66. Recuperado a partir de [http://www.aneca.es/var/media/150360/libroblanco\\_jun05\\_enfermeria.pdf](http://www.aneca.es/var/media/150360/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf)
- BOE. (1996). *Real Decreto, de 9 de febrero, por el cual se aprueba el Reglamento Penitenciario*.
- Borri, B., & Patriarca, P. (2010). L'assistenza infermieristica in carcere dopo la riforma della sanità oenitenziaria: Salute in carcere. Recuperado a partir de <http://www.oipat.org/materiale/TakeCare2010/TC201008.pdf>
- Bravo, M., Gómez-Jacinto, L., & Montalbán, F.-M. (2004). Socialización policial: un estudio con una promoción de nuevo ingreso. *Revista de Psicología Social*, 19(1), 17-33. doi:10.1174/021347404322726535
- Caballero, J. (1982). La vida en prisión: el «código» del preso. *Cuadernos de política criminal*, 18, 589-598.
- Canals, M. (2004). La formación de la enfermería quirúrgica: Una visión comparativa desde Europa. *Revista española de Educación comparada*, 10, 275-297.
- Carabaña, J. (2011). Competencias Y Universidad, O Un Desajuste Por Mutua Ignorancia. *Bordón*, 63(1), 15-31. Recuperado a partir de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/ejemplar?codigo=275199>

- Castillo, L. (2012). Redes sociales y liderazgo en prisión: influencia del grupo sobre conductas que favorecen la reinserción.
- Claret, A., & García-Martínez, M. J. (2014). La historia de la Enfermería: origen y desarrollo de una línea de investigación en España (1989-2014). *Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, 4, 7-41. Recuperado a partir de [http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/10892/La\\_historia\\_de\\_la\\_enfermeria.pdf?sequence=2](http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/10892/La_historia_de_la_enfermeria.pdf?sequence=2)
- Clemmer, P. (1940). *The prison community*. Boston: Christopher Publishing Co.
- Coll, A. B. (2014). *El fenomen de la infermeria penitenciària. Una proposta formativa (Tesis doctoral)*. Universitat Ramon Llull. Recuperado a partir de <http://www.tdx.cat/handle/10803/146138>
- Collière, M. F. (1993). *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid: MCGRAWHILL/Interamericana.
- Cubells, J. (2005). Navegando entre narraciones: voces que construyen y socavan la credibilidad en el abito juridico. *Athenea Digital: Revista de Pensamiento e Investigacion Social*, 128(8), 109-128.
- Departament de Justícia. (2006). Reglament d'Organització i funcionament dels serveis d'execució penal de Catalunya. Barcelona: Entitat Au'tonoma del Diari Oficial i de Publicacions.
- Departament de la Presidència. Decret 113/2010, de 31 d'agost pel qual es regula el procediment d'integració en la condició de personal estatutari de l'Institut Català de la Salut del personal sanitari del Departament de Justícia adscrit als serveis sanitaris penitenciaris i de justíci (2010).
- Devis, J. D., Garcia, D. M. I., & Sparkes, A. C. (2010). Socialización y proceso de construcción de la identidad profesional del educador físico de una prisión. *Revista de Psicología del Deporte*, 19, 73-88.
- Díaz Quero, V. (2005). Teoría emergente en la construcción del saber pedagógico. *Revista Iberoamericana de Educación*, 37(3), 19. Recuperado a partir de <http://www.rieoei.org/deloslectores/1122Diaz.pdf>
- Edens, G. E. (1987). Professional socialization in nursing. En *Annual Reseacrh in Nursing Education Conference* (pp. 14-16). San Francisco.
- Escudero Muñoz, J. M. (2009). Las competencias profesionales y la formación universitarias: posibilidades y riesgos. *Pedagogía social: revista interuniversitaria*, (16), 65-82. Recuperado a partir de <http://dialnet.unirioja.es/biblioremot.uvic.cat/servlet/articulo?codigo=2941112&info=resumen&idoma=ENG>
- Escudero, J. . (2009). Las competencias profesionales y la formación universitaria: posibilidades y riesgos. *revista interuniversitaria de pedagogía social*, (16), 65-82.
- Fermoso, P. (1994). *Pedagogía social*. Barcelona: Herder.
- Frade, L. (2009). *Desarrollo de competencias en educación: desde preescolar hasta bachillerato*. México DF: Inteligencia educativa.
- Fullanal, J., Pallisera, M., & Planas, A. (2011). Formar profesionales autónomos . Una propuesta de formación de educadores sociales desde el enfoque reflexivo. *RES. Revista de Educación Social*,

13. Recuperado a partir de [http://www.eduso.net/res/pdf/13/for\\_res\\_13.pdf](http://www.eduso.net/res/pdf/13/for_res_13.pdf)

- García Matín-Caro, C., & Martínez Martín, M. L. (2007). *Historia de la enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*. Madrid: Elsevier.
- García, A. ., & Casado, E. (2008). La práctica de la observación participante. Sentidos situados y prácticas institucionales en el caso de la violencia de género. En A. J. Gordo & A. (Coords. . Serrano (Eds.), *Estrategias y prácticas cualitativas de investigación social* (p. 313). Madrid: Pearson Educación, S.A.
- García, J., & Sancha, V. (1985). *Psicología penitenciaria*. Madrid: UNED.
- García-Retana, J. A. (2011). Modelo educativo basado en competencias: importancia y necesidad. *Revista Electrónica «Actualidades Investigativas en Educación»*, 11 (3), 1-24. Recuperado a partir de [http://revista.inie.ucr.ac.cr/uploads/tx\\_magazine/modelo-educativo-basado-competencias-garcia.pdf](http://revista.inie.ucr.ac.cr/uploads/tx_magazine/modelo-educativo-basado-competencias-garcia.pdf)
- Garrity, D. (1961). The prison as a rehabilitation agency. En Cressey, D.R: *The prison: Studies in institutional organization change*. Nueva York: Rinehart & Winston.
- Geiman, D., & O'Brien, P. (2008). Correctional nursing moves to the head of the class. *Corrections today*, 68-70.
- Gibbens, T. (1963). *Psychiatric studies of Borstal Lads*. Nueva York: Oxford University Press.
- Goffman, E. (1970). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermeros mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Gonnet, J. P. (2011). Lo Social Desde La Perspectiva Etnometodologica. *Papeles del CEIC*, 2011/2#72.
- Gordo, A. J., & Serrano, A. (Coords. . (2008). *Estrategias y prácticas cualitativas de investigación social*. Madrid: Pearson Educación, S.A.
- Haley, H.-L., Ferguson, W., Brewer, A., & Hale, J. (2009). Correctional Health Curriculum Enhancement Through Focus Groups. *Teaching and Learning in Medicine*, 21(4), 310-317. doi:10.1080/10401330903228513
- Hardesty, K. N., Champion, D. R., & Champion, J. E. (2007). Jail Nurses: Perceptions, Stigmatization, and Working Styles in Correctional Health Care. *Journal of Correctional Health Care*. doi:10.1177/1078345807303002
- Hernández Conesa, J. (1995). *Historia de la Enfermería: un análisis histórico de los cuidados enfermeros*. Madrid: Interamericana/McGraw-Hill.
- Latorre, A., Del Rincón, D., & Arnal, J. (1996). *Bases metodológicas de la investigación educativa*. Barcelona: Hurtado Ediciones.
- Liebling, A., & Maruna, S. (2013). Los efectos del encarcelamiento reexaminados. En *INFORMES EN DERECHO. ESTUDIOS DE DERECHO PENAL JUVENIL IV. n° 13* (p. 232). Santiago de Chile. doi:10.1017/CBO9781107415324.004
- Mayorga, M. . J. (2004). La entrevista cualitativa como técnica de la evaluación de la docencia universitaria. *Relieve*, 10, 23-39. Recuperado a partir de [http://www.uv.es/RELIEVE/v10n1/RELIEVEv10n1\\_2.htm](http://www.uv.es/RELIEVE/v10n1/RELIEVEv10n1_2.htm)

- Morin, E. (2001). *El Método, Las Ideas* (Ediciones .). Madrid.
- Morin, E. (2006). *El Método, La ética* (Ediciones .). Madrid.
- Morral, R. (2015). Cronicidad y Atención Primaria : rol de la Sanidad Penitenciaria. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 17(61-64), 61-64.
- Murcia, N., & Jaramillo, G. (2001). La complementariedad como posibilidad en la estructuración de diseños de investigación cualitativa [Complementarity as a possible structuring for qualitative research designs] [Electronic version]. *Cinta de Moebio*, 12, 194-204. Recuperado a partir de [www.moebio.uchile.cl/12/murcia.htm](http://www.moebio.uchile.cl/12/murcia.htm)
- Nieto, J. A. (2011). La estigmatización en prisión. *Revista La Ley Penal. Sección Criminología, Editorial* . Recuperado a partir de [www.Laleydigital.es](http://www.Laleydigital.es)
- Noreña, A. L., Alcaraz, N., Rójas, J. G., & Rebolledo, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigos y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263-274. Recuperado a partir de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=785c7e33-118b-4105-9a80-269c2c03d7fc@sessionmgr110&hid=122#>
- Royal College of Nursing (2009). Health and nursing care in the criminal justice service. Recuperado a partir de [http://www.rcn.org.uk/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/248725/003307.pdf](http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0010/248725/003307.pdf)
- OEDT. (2005). El problema de la drogodependencia en Europa. Informe anual. Recuperado a partir de [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_37249\\_ES\\_TDAC05001ES1.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_37249_ES_TDAC05001ES1.pdf)
- Pérez, E., & Redondo, S. (1991). Efectos psicológicos de la estancia en prisión. *Papeles del psicólogo*, 48, 54-57.
- Pinatel, J. (1969). *La sociedad criminógena*. Madrid: Aguilar.
- Pons, X. (2009). La Teoria Ecològica Del Desenvolupament : Un Marc Teòric Per a La Comprensió the Ecological Theory of the Development : a Theoretical Frame for the Understanding, 19-28.
- Roca, J. (2013). *El desarrollo del Pensamiento Crítico a través de diferentes metodologías docentes en le Grado de Enfermería (Tesis doctoral)*.
- Rodriguez-Rojo, M. (2000). Credibilidad de la investigación cualitativa o reflexiones sobre qué y cómo observar en un estudio de casos. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 39, 119-130.
- Roigé, X., Estrada, F., & Beltran, O. (1995). L'observació etnogràfica. En *Tècniques d'Investigació en Antropologia Social* (pp. 1-17). Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Ruiz Bueno, A. (2009). Método de encuesta : construcción de cuestionarios, pautas y sugerencias. *Revista de Innovación e Investigación en Educación (REIRE)*, 2, 96-110.
- Saiz, A., & Susinos, T. (2014). El desarrollo de profesionales reflexivos : una experiencia en la formación inicial de médicos a través de simulación clínica . Development of reflective practitioners : an experience in the preservice medical training through clinical simulation . Introd. *Revista de docencia Universitària*, 12(2), 453-476.
- Scaggiante, L. (2001). *L'Infermiere in Ambito Penitenziario: Frontiera di una Professione da Riquilificare. Studio su aspetti assistenziali, condizioni lavorative e prospettive di sviluppo*. Recuperado a partir de [digilander.libero.it/luckyfun/documenti/penitenziario.doc](http://digilander.libero.it/luckyfun/documenti/penitenziario.doc)

- Scharg, C. (1954). Leadership among prison inmates. *American Sociological Review*, 37-42.
- Schein, E. (1977). Socialización organizacional. En Kolb, D: *Psicología de las organizaciones*. Madrid: Prentice/Hall International.
- Schoenly, L., & Knox, C. . (2013). *Essentials of correctional nursing*. New York: Springer Publishing Company.
- Serra, C. (2004). Etnografía escolar, etnografía de la educación. *Revista de Educación*, 334(334), 165-176.
- Shinyashiki, G. T., Amélia, I., Mendes, C., & Trevizan, M. A. (2006). Socialización profesional: estudiantes volviéndose enfermeros professional socialization: students becoming nurses socialização profissional: estudantes tornando-se enfermeiros, 14(4).
- Solé, J. (2004). Com veuen la Model... vint-i-sis testimonis i opinions sobre el Centre Penitenciari d'Homes de Barcelona. En Gonzalez, J. (Coord.) *La Model: cent anys i 1 dia d'històries*. (Centre Pen., p. 189). Barcelona.
- Sykes, G. (1958). *The society of captives*. Nueva York: Princeton University Prss.
- Torrado, M. (2004). Estudios de encuesta. En Bisquerra, R. (Coord). *Metodología de la investigación educativa*. (pp. 231-257). Barcelona: La Muralla.
- Vásquez, C., & Arango, S. (2011). Propuesta metodológica para la investigación comprensiva: Interacciones comunicativas en un entorno virtual de aprendizaje. *Revista Lasallista de Investigación*, 8(2), 112-123.
- Vicens, E., Tort, V., Dueñas, R. ., Muro, A., Pérez-Arnau, F., Arroyo, J. ., ... Sarda, P. (2011). The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal Behavior Mental Health*, 21(5), 321-332.
- Weidman, J. C., Twale, D. J., & Stein, E. L. (2001). Socialization of Graduate and Professional Students in Higher Education: A Perilous Passage? *ASHEERIC Higher Education Report*. doi:Feature
- World Health Organization. (2007). Atlas: Nurses in Mental Health 2007.



## **10. ANNEXOS**

---

### **ANNEXO 1: CUESTIONARIO**

---

#### **ESTUDIO SOBRE EL PROCESO DE SOCIALIZACIÓN PROFESIONAL DEL ENFERMERO PENITENCIARIO**

El presente estudio forma parte del trabajo de final de Master de Intervenciones sociales y educativas que estoy cursando en la Universitat de Barcelona y que lleva por nombre: “El proceso de socialización del enfermero penitenciario”. Os he seleccionado como participantes para formar parte de esta investigación, ya que por vuestra experiencia como enfermeros penitenciarios sois los mayores conocedores de la cultura y vivencias que desarrolla un enfermero en prisión. El objetivo de esta investigación es describir y comprender el proceso de socialización del enfermero que trabaja en prisión. Cuando hablo de paciente me estoy refiriendo al recluso. Tu participación es anónima. Los datos aportados se tratarán de forma totalmente confidencial y con este fin investigador. Se adjunta el consentimiento informado de la participación en dicho estudio, para que lo puedas leer y cumplimentar antes de responder el cuestionario. Agradezco por adelantado tu participación, ya que sin tu colaboración sería imposible llevar a cabo la investigación.

Atentamente,

Montserrat Sánchez Roig

msr5622@gmail.com

## CUESTIONARIO

## DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad:

2. Sexo:

- ☐ Mujer  
☐ Hombre

3. Centro penitenciario actual donde desarrollas tu trabajo:

4. ¿Has trabajado en otro/s centro/s penitenciario/s?

- ☐ Si  
☐ No

En caso afirmativo, indica en cual/es:

- ☐ CP Homes  
☐ CP Brians 1  
☐ CP Brians 2  
☐ CP Quatre Camins  
☐ CP Ponent  
☐ CP Lledoners  
☐ CP Joves  
☐ CP Dones  
☐ CP Tarragona  
☐ CP Girona  
☐ CP Figueres  
☐ Otros centros fuera de la Comunidad autónoma catalana (especifique comunidad):

5. Años de experiencia laboral como enfermero penitenciario:

- ☐ Menos de 2 años  
☐ De 2 a 10 años  
☐ De 11 a 20 años  
☐ Más de 20 años

6. Años totales de experiencia laboral como enfermero:

7. Otras ámbitos de salud donde has trabajado:

- ☐ Atención primaria  
☐ Drogodependencias  
☐ Salud pública  
☐ Salud mental  
☐ Geriátrica  
☐ Atención hospitalaria  
☐ Urgencias extrahospitalarias  
☐ Enfermería del trabajo

8. Estudios universitarios:

- ☐ Diplomatura y/o licenciatura:  
☐ Postgrado:  
☐ Máster:  
☐ Doctorado:

**PERFIL PROFESIONAL DEL ENFERMERO PENITENCIARIO**

9. Mi motivación para trabajar como enfermero en una prisión fue:

10. En los cuidados enfermeros que desarrollas en la prisión en tu día a día, ¿cómo describirías tu atención enfermera hacia al paciente? (marca 1 o más opciones)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Motivada         | <input type="checkbox"/> Sentido de gratitud    |
| <input type="checkbox"/> Comprometida     | <input type="checkbox"/> Sentido de pertinencia |
| <input type="checkbox"/> Resolutiva       | <input type="checkbox"/> Angustiosa             |
| <input type="checkbox"/> Con limitaciones | <input type="checkbox"/> Insegura               |
| <input type="checkbox"/> Funcional        | <input type="checkbox"/> Ansiosa                |
| <input type="checkbox"/> Disfuncional     | <input type="checkbox"/> Con temor o miedo      |

11. Considerando mi experiencia laboral en otros ámbitos de la salud, mi actual ocupación como enfermero/a en prisión: (marca la opción adecuada en las siguientes afirmaciones)

	SI	NO
Ha requerido realizar cambios en mi asistencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha supuesto cambios inmediatos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha supuesto cambios progresivos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha cambiado mi relación con los otros profesionales de la salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha implicado cambios debidos a la complejidad del contexto penitenciario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha implicado cambios debidos a las situaciones de riesgo vividas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha implicado cambios debidos a las normas del contexto penitenciario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me ha aportado una expectativa de desarrollo para mi futuro profesional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Escribe las observaciones que consideres oportunas de las afirmaciones anteriores:

12. En tu relación con el paciente, ¿desde qué perspectiva te sitúas para abordarla? (marca 1 o más opciones)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Estigmatización hacia el paciente | <input type="checkbox"/> Aislamiento del paciente                      |
| <input type="checkbox"/> Estigmatización hacia tu persona  | <input type="checkbox"/> Endurecimiento de tu relación con el paciente |
| <input type="checkbox"/> Frustración                       | <input type="checkbox"/> Desconfianza hacia el paciente                |
| <input type="checkbox"/> Ira                               | <input type="checkbox"/> Tener presente la situación de peligro        |
| <input type="checkbox"/> Distanciamiento del paciente      |  |
| <input type="checkbox"/> Poder                             |  |

**PERFIL PROFESIONAL DEL ENFERMERO PENITENCIARIO**

13. De las perspectivas indicadas anteriormente, señala con una x las que han favorecido y han dificultado tu relación con el paciente?

	Dificultado	Favorecido
Estigmatización hacia el paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estigmatización hacia tu persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frustración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distanciamiento del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aislamiento del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endurecimiento de tu relación con el paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desconfianza hacia el paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tener presente la situación de peligro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. ¿Cómo describirías tu mirada hacia el paciente-recluso? (marca 1 o más opciones)

- |  |                                      |                                      |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vulnerable    | <input type="checkbox"/> Delincuente | <input type="checkbox"/> Conflictivo |
| <input type="checkbox"/> Manipulador   | <input type="checkbox"/> Demandante  | <input type="checkbox"/> Indefenso   |
| <input type="checkbox"/> Desfavorecido | <input type="checkbox"/> Débil       |                                      |

15. Mi relación profesional con la figura del funcionario durante los cuidados enfermeros es: (marca la opción correcta)

	Siempre	A veces	Nunca
Colaborativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correctiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inflexible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Independiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formal y normativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respetuosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De seguridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. En mi atención al paciente, considero que la presencia del funcionario: (totalmente en desacuerdo es 1 y totalmente de acuerdo es 5)

	Totalmente en desacuerdo			Totalmente de acuerdo	
	1	2	3	4	5
• Es imprescindible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Proporciona seguridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Aporta información complementaria a su estado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Aporta información de sucesos anteriores a su atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Está sujeta a normativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**COMPETENCIAS Y FORMACIÓN DEL ENFERMERO PENITENCIARIO**

17. ¿Crees que el enfermero en el medio penitenciario debe tener unos conocimientos específicos a los de otros ámbitos de la salud?

- ☐ Sí  
☐ No

18. En el caso afirmativo, indica en qué grado son importantes los siguientes conocimientos:

	Mucho	Poco	Nada
• Reglamentación penitenciaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Cultura carcelaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Drogodependencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Enfermedades infecciosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Atención primaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diversidad y multiculturalidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Urgencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Argot penitenciario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Indica en qué grado son importantes las siguientes habilidades comunicativas y sociales del enfermero en el medio penitenciario para desarrollar su asistencia en relación con el paciente-recluso:

	Mucho	Poco	Nada
• Empatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Flexibilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Asertividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Paciencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Capacidad de diálogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Escucha activa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Comunicación no verbal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Negociación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autocontrol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Resiliencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Proactividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**COMPETENCIAS Y FORMACIÓN DEL ENFERMERO PENITENCIARIO**

20. Indica en qué grado son importantes las siguientes competencias del enfermero en medio penitenciario para desarrollar su asistencia en relación con el paciente-recluso:

	Mucho	Poco	Nada
• Tener juicio crítico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Debe ser independiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Debe ser autónomo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Debe ser creativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Debe ser capaz de tomar decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Debe ser capaz de innovar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Debe tener compromiso ético	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Debe ser capaz de planificar y gestionar el tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Debe ser capaz de resolver conflictos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Debe ser capaz de resolver situaciones ambiguas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Debe ser capaz de tener una visión global de su asistencia y entender la particularidad de cada situación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Deber ser capaz de trabajar en equipo transdisciplinar (funcionario, dirección del centro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. ¿Crees que para desarrollar mejor tus cuidados te ayuda el trabajo en equipo con los funcionarios?

- ☐ Sí  
☐ No

22. Describe brevemente las habilidades que desarrollas para trabajar en equipo con los funcionarios:

## COMPETENCIAS Y FORMACIÓN DEL ENFERMERO PENITENCIARIO

23. Si tuvieses que hacer una escala de valores para ver la priorización que el paciente-recluso asigna a la salud, ¿cuál harías?

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

24. En tu experiencia en prisión, consideras que tu práctica enfermera cuando atiendes al paciente: (marca la opción correcta)

	Siempre	A veces	Nunca
Es confidencial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es respetuosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preserva la dignidad del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preserva la privacidad del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preserva la integridad del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contempla la autonomía del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contempla el consentimiento informado en procedimientos y tratamientos invasivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. En relación al paciente y a los funcionarios de prisión, describe qué propuestas formativas podrían mejorar tu desarrollo enfermero en el medio penitenciario:

Gracias por tu participación.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_, mayor de edad, con DNI \_\_\_\_\_, actuando en nombre e interés propio.

### DECLARO QUE:

He recibido la información sobre el estudio **El proceso de socialización del enfermero penitenciario**, llevado a cabo por la investigadora Montserrat Sánchez Roig para el Trabajo de Final de Master en Intervenciones Sociales y Educativas de la Universitat de Barcelona y para el cual se solicita mi participación. He entendido su significado, se me han resuelto las dudas y se me han expuesto las acciones derivadas del mismo. Se me ha informado de los aspectos relacionados con la confidencialidad y protección de los datos que comporta el estudio, así como las garantías para el cumplimiento de la Ley 15/1999 de Protección de datos personales.

Mi colaboración en el estudio es completamente voluntaria y tengo derecho a retirarme del mismo en cualquier momento, revocando el presente consentimiento sin que este abandono pueda influir negativamente hacia mi persona en ningún sentido. En caso de abandono, tengo derecho a que mis datos sean cancelados del fichero del estudio.

Por todo esto, DOY MI CONSENTIMIENTO A:

1. Participar en el estudio **El proceso de socialización del enfermero penitenciario**.
2. Que la investigadora pueda gestionar mis datos personales y difundir la información que el estudio genere. Se garantiza que se guardará en todo momento mi identidad e intimidad, con las garantías la Ley 15/1999 de Protección de datos.
3. Que la investigadora conserve todos los registros efectuados sobre mi persona en un soporte electrónico en los plazos legalmente previstos y por el tiempo que sea necesario, y si hay falta de previsión legal, por el tiempo que sea necesario para cumplir las funciones del estudio y para los cuales los datos han sido recogidos.

En (ciudad) \_\_\_\_\_, en (fecha) \_\_\_\_\_

[FIRMA PARTICIPANTE]

[FIRMA DE LA INVESTIGADORA]



**ANNEXO 2: LIBRO DE CÓDIGOS****LIBRO DE CÓDIGOS CUESTIONARIO**

PREGUNTA	ÍTEM	CÓDIGO			
1	EDAD	NÚMERO ABSOLUTO			
2	SEXO	HOMBRE	2.0		
		MUJER	2.1		
3	CENTRO PENITENCIARIO ACTUAL DE TRABAJO	CP HOMES	3.0		
		CP BRIANS 1	3.1		
		CP BRIANS 2	3.2		
		CP QUATRE CAMINS	3.3		
		CP PONENT	3.4		
		CP LLEDONERS	3.5		
		CP JOVES	3.6		
		CP DONES	3.7		
		CP TARRAGONA	3.8		
		CP FIGUERES	3.9		
4	OTROS CENTROS PENITENCIARIOS DE TRABAJO	SI	4.0		
		NO	4.1		
	CUAL	CP HOMES	4.00	CP TARRAGONA	4.8
		CP BRIANS 1	4.11	CP FIGUERES	4.9
		CP BRIANS 2	4.2	RESTO ESPAÑA	4.10
		CP QUATRE CAMINS	4.3	COMUNIDAD	
		CP PONENT	4.4		
		CP LLEDONERS	4.5		
		CP JOVES	4.6		
		CP DONES	4.7		

## LIBRO DE CÓDIGOS CUESTIONARIO

PREGUNTA	ÍTEM	CÓDIGO	
5	AÑOS EXPERIENCIA ENFERMERO PENITENCIARIO	< 2 AÑOS	5.0
		DE 2 A 10 AÑOS	5.1
		DE 11 A 20 AÑOS	5.2
		>20 AÑOS	5.3
6	AÑOS TOTALES COMO ENFERMERO	NÚMERO ABSOLUTO	
7	OTROS ÁMBITOS DE SALUD TRABAJADOS	ATENCIÓN PRIMARIA	7.0
		DROGODEPENDENCIAS	7.1
		SALUD PÚBLICA	7.2
		SALUD MENTAL	7.3
		GERITRIA	7.4
		ATENCIÓN HOSPITALARIA	7.5
		URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS	7.6
		ENFERMERÍA DEL TRABAJO	7.7
8	ESTUDIOS UNIVERSITARIOS	DIPLOMATURA/LICENCIATURA	8.0
		POSTGRADO	8.1
		MÁSTER	8.2
		DOCTORADO	8.3
	ÁREAS ESTUDIOS UNIVERSITARIOS	PENDIENTE CODIFICAR	
9	MOTIVACIÓN PARA TRABAJAR EN PRISIÓN	PREGUNTA ABIERTA	

## LIBRO DE CÓDIGOS CUESTIONARIO

PREGUNTA	ÍTEM	CÓDIGO			
10	DESCRIPCIÓN ATENCIÓN ENFERMERA	MOTIVADA	10.0	SENTIDO DE GRATITUD	10.6
		COMPROMETIDA	10.1	SENTIDO DE PERTINENCIA	10.7
		RESOLUTIVA	10.2	ANGUSTIOSA	10.8
		CON LIMITACIONES	10.3	INSEGURA	10.9
		FUNCIONAL	10.4	ANSIOSA	10.10
		DEISFUNCIONAL	10.5	CON TEMOR O MIEDO	10.11
11	MI OCUPACIÓN COMO ENFERMERO EN PRISIÓN			SI	NO
		HA REQUERIDO REALIZAR CAMBIOS EN MI ASISTENCIA	11.0	11.00	11.01
		HA SUPUESTO CAMBIOS INMEDIATOS	11.1	11.10	11.11
		HA SUPUESTO CAMBIOS PROGRESIVOS	11.2	11.20	11.21
		HA CAMBIADO MI RELACIÓN CON LOS OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD	11.3	11.30	11.31
		HA IMPLICADO CAMBIOS DEBIDOS A LA COMPLEJIDAD DEL CONTEXTO PENITENCIARIO	11.4	11.40	11.41
		HA IMPLICADO CAMBIOS DEBIDOS A LAS SITUACIONES DE RIESGO VIVIDAS	11.5	11.50	11.51
		HA IMPLICADO CAMBIOS DEBIDOS A LAS NORMAS DEL CONTEXTO PENITENCIARIO	11.6	11.60	11.61
		ME HA APORTADO UNA EXPECTATIVA DE DESARROLLO PARA MI FUTURO PROFESIONAL	11.7	11.70	11.71
		OBSERVACIONES (PREGUNTA ABIERTA)			
12	RELACIÓN CON EL PACIENTE	ESTIGMATIZACIÓN HACIA EL PACIENTE	12.0		
		ESTIGMATIZACIÓN HACIA TU PERSONA	12.1		
		FRUSTRACIÓN	12.2		

## LIBRO DE CÓDIGOS CUESTIONARIO

PREGUNTA	ÍTEM	CÓDIGO			
12	RELACIÓN CON EL PACIENTE	IRA			12.3
		DISTANCIAMIENTO DEL PACIENTE			12.4
		PODER			12.5
		ASLAMIENTO DEL PACIENTE			12.6
		ENDURECIMIENTO DE TU RELACIÓN CON EL PACIENTE			12.7
		DESCONFIANZA HACIA EL PACIENTE			12.8
		TENER PRESENT LA SITUACIÓN DE PELIGRO			12.9
13	QUE FAVORECE O DIFICULTA TU RELACIÓN CON EL PACIENTE		DIFICULTADO		FAVORECIDO
		13.0	13.00		13.01
		13.1	13.10		13.11
		13.2	13.20		13.21
		13.3	13.30		13.31
		13.4	13.40		13.41
		13.5	13.50		13.51
		13.6	13.60		13.61
		13.7	13.70		13.71
		13.8	13.80		13.81
		13.9	13.90		13.91
14	DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE	VULNERABLE	14.0	DEMANDANTE	14.4
		MANIPULADOR	14.1	DÉBIL	14.5
		DESAFVORECIDO	14.2	CONFLICTIVO	14.6
		DELINCUENTE	14.3	INDEFENSO	14.7

## LIBRO DE CÓDIGOS CUESTIONARIO

PREGUNTA		ÍTEM		CÓDIGO							
15		RELACIÓN PROFESIONAL CON EL FUNCIONARIO				SIEMPRE		A VECES		NUNCA	
				COLABORATIVA	15.0	15.00		15.01		15.02	
				CORRECTIVA	15.1	15.10		15.11		15.12	
				INFLEXIBLE	15.2	15.20		15.21		15.22	
				INDEPENDIENTE	15.3	15.30		15.31		15.32	
				DURA	15.4	15.40		15.41		15.42	
				FORMAL Y NORMATIVA	15.5	15.50		15.51		15.52	
				RESPECTUOSA	15.6	15.60		15.61		15.62	
				DE SEGURIDAD	15.7	15.70		15.71		15.72	
16		OPINIÓN PRESENCIA DEL FUNCIONARIO				TOTALMENTE DESACUERDO			TOTALMENTE DE ACUERDO		
				ES IMPRESCINDIBLE	16.0	16.01	16.02	16.03	16.04	15.05	
				PROPORCIONA SEGURIDAD	16.1	16.11	16.12	16.13	16.14	16.15	
				APORTA INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA A SU ESTADO	16.2	16.21	16.22	16.23	16.24	16.25	
				APORTA INFORMACIÓN DE SUCESOS ANTERIORES A SU ATENCIÓN	16.3	16.31	16.32	16.33	16.34	16.35	
				ESTÁ SUJETA A NORMATIVA	16.4	16.41	16.42	16.43	16.44	16.45	
17		CONOCIMIENTOS ESPECÍFICOS						SI		17.0	
								NO		17.1	
18		IMPORTANCIA DE LOS CONOCIMIENTOS ESPECÍFICOS				MUCHO		POCO		NADA	
				REGLAMENTACIÓN PENITENCIARIA	18.0	18.0		18.01		18.02	
				CULTURA CARCELARIA	18.1	18.10		18.11		18.12	

## LIBRO DE CÓDIGOS CUESTIONARIO

PREGUNTA	ÍTEM	CÓDIGO				
18	IMPORTANCIA DE LOS CONOCIMIENTOS ESPECÍFICOS			MUCHO	POCO	NADA
		DROGODEPENDENCIA	18.2	18.20	18.21	18.22
		ENFERMEDADES INFECCIOSAS	18.3	18.30	18.31	18.32
		SALUD MENTAL	18.4	18.40	18.41	18.42
		ATENCIÓN PRIMARIA	18.5	18.50	18.51	18.52
		DIVERSIDAD Y MULTICULTURALIDAD	18.6	18.60	18.61	18.62
		URGENCIAS	18.7	18.70	18.71	18.72
		ARGOT PENITENCIARIO	18.8	18.80	18.81	18.82
19	IMPORTANCIA DE LAS HABILIDADES COMUNICATIVAS Y SOCIALES			MUCHO	POCO	NADA
		EMPATIA	19.0	19.00	19.01	19.02
		FLEXIBILIDAD	19.1	19.10	19.11	19.12
		ASERTIVIDAD	19.2	19.20	19.21	19.22
		PACIENCIA	19.3	19.30	19.31	19.32
		CAPACIDAD DE DIÁLOGO	19.4	19.40	19.41	19.42
		ESCUCHA ACTIVA	19.5	19.50	19.51	19.52
		COMUNICACIÓN NO VERBAL	19.6	19.60	19.61	19.62
		NEGOCIACIÓN	19.7	19.70	19.71	19.72
		AUTOCONTROL	19.8	19.80	19.81	19.82
		RESILIENCIA	19.9	19.90	19.91	19.92
		PROACTIVIDAD	19.10	19.100	19.101	19.102
20	IMPORTANCIA DE LAS COMPETENCIAS			MUCHO	POCO	NADA
		TENER JUICIO CRÍTICO	20.0	20.00	20.01	20.02
		DEBE SER INDEPENDIENTE	20.1	20.10	20.11	20.12

## LIBRO DE CÓDIGOS CUESTIONARIO

PREGUNTA	ÍTEM	CÓDIGO				
20	IMPORTANCIA DE LAS COMPETENCIAS			MUCHO	POCO	NADA
		DEBE SER AUTÓNOMO	20.2	20.20	20.21	20.22
		DEBE SER CREATIVO	20.3	20.30	20.31	20.32
		DEBE SER CAPAZ DE TOMAR DECISIONES	20.4	20.40	20.41	20.42
		DEBE SER CAPAZ DE INNOVAR	20.5	20.50	20.51	20.52
		DEBE TENER COMPROMISO ÉTICO	20.6	20.60	20.61	20.62
		DEBE SER CAPAZ DE PLANIFICAR Y GESTIONAR EL TIEMPO	20.7	20.70	20.71	20.72
		DEBE SER CAPAZ DE RESOLVER CONFLICTOS	20.8	20.80	20.81	20.82
		DEBE SER CAPAZ DE RESOLVER SITUACIONES AMBIGUAS	20.9	20.90	20.91	20.92
		DEBE SER CAPAZ DE TENER UNA VISIÓN GLOBAL DE SU ASISTENCIA Y ENTENDER LA PARTICULARIDAD DE CADA SITUACIÓN	20.10	20.100	20.101	20.102
		DEBE SER CAPAZ DE TRABAJAR EN EQUIPO TRANSDISCIPLINAR (FUNIOANRIO, DIRECCIÓN DEL CENTRO)	20.11	20.110	20.111	20.112
21	TRABAJO EN EQUIPO CON LOS FUNCIONARIOS			SI	21.0	
				NO	21.1	
22	DESCRIPCIÓN BREVE DE LAS HABILIDADES PARA TRABAJAR EN EQUIPO CON LOS FUNCIONARIOS			PREGUNTA ABIERTA		

## LIBRO DE CÓDIGOS CUESTIONARIO

PREGUNTA	ÍTEM			CÓDIGO		
23	ESCALA DE VALORES SEGÚN PRIORIZACIÓN EN RELACIÓN A LA SALUD			PREGUNTA ABIERTA		
24	COMO CONSIDERAS TU PRACTICA ENFERMERA			SIEMPRE	A VECES	NUNCA
		ES CONFIDENCIAL	24.0	24.01	24.02	24.03
		ES RESPETUOSA	24.1	24.11	24.12	24.13
		PRESERVA LA DIGNIDAD DEL PACIENTE	24.2	24.21	24.22	24.23
		PRESERVA LA PRIVACIDAD DEL PACIENTE	24.3	24.31	24.32	24.33
		PRESERVA LA INTEGRIDAD DEL PACIENTE	24.4	24.41	24.42	24.43
		CONTEMPLA LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE	24.5	24.51	24.52	24.53
		CONTEMPLA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTOS INVASIVOS	24.6	24.61	24.62	24.63
25	PROPUESTAS FORMATIVAS PARA MEJORAR EL DESARROLLO ENFERMERO			PREGUNTA ABIERTA		



### ANNEXO 3: GUION ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

---

#### ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

**OBJETIVO:** Explorar las experiencias y vivencias del enfermero con los agentes sociales, normas, códigos, valores y ética que ocurren en el contexto penitenciario para su socialización.

1. ¿Cuántos años llevas trabajando como enfermero/a en prisión?
2. ¿Has trabajado en otros centros penitenciarios? ¿Cuáles?
3. ¿Cuántos años llevas trabajando en este centro penitenciario?
4. ¿Has trabajado en otros ámbitos de la salud?
5. ¿Qué es lo que te motivó para trabajar en prisiones?
6. ¿Cómo describirías la atención enfermera que desarrollas en prisión? (motivada, comprometida, resolutive, con limitaciones, funcional, disfuncional, con sentido de gratitud, con sentido de pertinencia, angustiado/a, inseguro/a).

¿Por qué lo describes así?

¿Qué es lo que lleva a describirlo así? (Sentimientos, emociones, cambios con otros ámbitos de la salud, diferente a lo que te enseñaron en la universidad, etc.)

7. En relación con otros ámbitos de la salud, tu atención enfermera en prisión:

(Ha precisada de cambios en mi asistencia

Ha supuesto cambios inmediatos

Ha supuesto cambios progresivos

Ha cambiado mi relación con los profesionales de la salud

Ha implicado cambios debido a la complejidad del medio penitenciario

Ha implicado cambios debido a las situaciones de riesgo vividas

Ha implicado cambios debidos a la normativa penitenciaria

Me ha aportado una expectativa de desarrollo para mi futuro profesional)

¿Por qué?

8. En tu atención hacia el paciente, ¿cómo la describirías?

Estigmatizada hacia el paciente y hacia mi persona

Con frustración

Con ira

Con poder

Con aislamiento del paciente

Desconfianza hacia el paciente

Tengo presente la situación de riesgo

Endurecimiento de mi relación con el paciente

9. ¿Estas situaciones, favorecen o dificultan tu desarrollo profesional en prisión?

¿Por qué?

10. ¿Cómo describirías tu mirada hacia el paciente? (vulnerable, manipulador, desfavorecido, delincuente, demandante, débil, conflictivo, indefenso, etc)

¿Por qué?

¿Lo describirías de otra manera?

11. ¿Cómo describirías tu relación profesional con la figura del funcionario? (colaborativa, correctiva, inflexible, independiente, dura, formal y normativa, respetuosa, de seguridad)

¿En qué situaciones las identificas?

12. A continuación te definiré la presencia del funcionario/a en la tu relación con el paciente, matízame en qué situaciones su presencia es:

(Imprescindible, proporciona seguridad, aporta información complementaria a su estado, aporta información de sucesos anteriores a su atención, está sujeta a normativa)

¿Puedes definir la presencia del funcionario/a de alguna otra forma?

13. ¿En qué situaciones te ayuda con el paciente ser: (ex: adherencia al tratamiento, autolesiones, huelga de hambre, huelga de medicación, acceder a los controles clínicos, etc.)

(empático, flexible, asertivo, dialogante, escucha activa, comunicación no verbal, negociación, autocontrol, resiliencia, proactivo, etc.)

¿Consideras otras capacidades necesarias para abordar estas situaciones?

14. ¿Crees que ayuda a tu desarrollo profesional en prisión reflexionar sobre las acciones de tu práctica? (ser creativo, innovar, ser autónomo, etc.)

¿Por qué?

¿Qué mejora en tu atención enfermera?

15. ¿Crees que el recluso/a prioriza la salud en prisión?

16. Esta actitud del paciente, ¿crees que beneficia o dificulta tus cuidados?

17. Cuando te diriges al paciente, ¿qué tipo de lenguaje utilizas?

(Utilizas formas de usted, formas directas, cambias a formas de tú, etc.)

¿Siempre te diriges de la misma manera?

¿En qué te beneficia esta actitud?

18. Cuando te diriges al funcionario/a, ¿qué tipo de lenguaje utilizas?

(Utilizas formas de usted, formas directas, cambias a formas de tú, etc.)

¿Siempre te diriges de la misma manera?

¿En qué te beneficia esta actitud?

19. ¿Crees que la comunicación no verbal te aporta información de las necesidades o intenciones del paciente en tu práctica asistencial?

20. ¿Crees qué es necesario conocer el argot penitenciario para el desarrollo de tus cuidados enfermeros?

En caso afirmativo, ¿en qué te beneficia?

21. Con tu experiencia en prisión, crees que tu atención enfermera contempla el código ético? (autonomía, integridad, confidencialidad, dignidad, privacidad, respeto, etc, al paciente)

¿Siempre, a veces o nunca?

¿En qué situaciones?

¿Por qué?

Proponer el ejemplo de: una huelga de hambre, lesiones ocultas entre reclusos, etc.

¿Con qué recursos afrontas la situación?

¿Cómo te has posicionado?

¿Cómo vives estas situaciones?

22. En relación con otros ámbitos de la salud, ¿te comporta una adaptación diferente? ¿Por qué?

23. ¿Qué consideraciones formativas propondrías para que un enfermero desarrolle su práctica asistencial en prisiones? (habilidades, conocimientos, valores, etc.)